FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon SCHEKTER

Né à Galatie (Roumanie) le 11 juillet 1889
Médecin auxiliaire dans l'armée roumaine
(1re guerre des Balkans)

Le Drainage filiforme

(Méthode de Chaput)

Appliqué à la chirurgie abdominale

Président : M. POZZI, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, VIe

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

Je suis heureux de pouvoir exprimer ici mes sentiments de profonde et affectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a inspiré l'idée de ce travail et m'a guidé de ses conseils éclairés, je suis heureux de lui exprimer ici toute ma reconnaissance.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉMELIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTEX

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNARD

A MES AMIS

Le Drainage filiforme

(Méthode de Chaput)

Appliqué à la chirurgie abdominale

HISTORIQUE

Le drainage des opérations abdominales date de 1855.

On a d'abord drainé par la voie vaginale. En effet, Peaslee (1) conseilla le premier le drainage systématique de toute laparotomie à travers le cul-de-sac de Douglas au moyen d'un tube en caoutchouc.

En 1867, Kœberlé (2) draine par la voie abdominale en se servant d'une canule en verre perforée sur toute son étendue d'un grand nombre de petits orifices et dont une extrémité plongeait dans le cul-de-sac de Douglas et l'autre faisait issue par l'incision abdominale.

---

1. Peaslee, *Ovariantumors*, 1855.
2. Kœberlé, *Gazette des hôpitaux*, 1867.

En 1873, Sims (1) recommande le drainage après toute ovariotomie.

En 1886, Hegar (2) et plus tard Delbet (3) 1890 décrivent l'insuffisance du drainage par les tubes en caoutchouc qui sont encapsulés et isolés par la péritonite adhésive.

Déjà Kœberlé (4) 1867, puis Hegar (5) 1881, et Kehrer (6) 1882, remplissent les drains de mèches de gaze iodoformée ou non pour augmenter le pouvoir absorbant du drainage.

En 1886 (7) Mikuliez décrit le drainage par tamponnement destiné à isoler une portion de la cavité péritonéale du reste de la séreuse, méthode restée surtout exceptionnelle depuis la péritonisation. La péritonisation ou péritonéoplastie décrite par Chroback (8) 1888, recommandée par Chaput (9) 1894, Condamin (10) 1898 et surtout préconisée par Snéguireff (11) 1895, a continué à être recommandée en France par Quénu et Judet (12), Jayle et Legueu (13).

---

1. Sims, *An ovariotomy*, 1873.
2. Hegar, *Centralblat, f. Gynec.*, 1886.
3. Pierre Delbet, *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1890.
4. Kœberlé, *loc. cit.*
5. Hegar, *Centralblat f. Gyn.*, 1882.
6. Kehrer, *Centralblat. f. Gyn.*, 1882.
7. Mikuliez. *D. G. f. Chirurgie*, 1886.
8. Chrobak, *Centralblat. f. Gyn.*, 1888.
9. Chaput, *Cloisonnement du bassin* (Soc. Anat., 1894, et *cloisonnement de la fosse iliaque pour les appendicites* (*Revue de Gyn e c.*, 1908).
10. Condamin, *Lyon médical*, 1896.
11. Cité d'après Pozzi, *Traité de Gynécologie*.
12. Quénu, Judet, *Revue de Chirurgie*, 1902.
13. Jayle et Legueu, *Bulletin de la Société an* Paris 1894.

Elle consiste soit dans le recouvrement par le péritoine des surfaces cruantées des pédicules abdominaux, soit dans l'établissement de cloisons dans le péritoine pour protéger la grande séreuse.

Le drainage tubulaire a été très discuté, les uns le considérant comme inutile voire même dangereux. Pollonon et Violet (1) 1906, Perdoux (2) 1912; d'autres le trouvant justifié. Hartmann et Metzger (3) 1910, Guillemot (4) (5) 1913).

Notre maître, M. Chaput, a décrit dans *la Presse médicale* (février 1916) un nouveau drainage des opérations abdominales au moyen de fils ou de tiges pleines « le drainage filiforme » dont nous avons pu constater la valeur au cours de l'année 1916 où nous avons rempli les fonctions d'interne suppléant dans son beau service de Lariboisière, et c'est ce drainage que nous nous proposons de décrire.

---

1. Violet, *le Drainage dans les laparatomies du domaine gynécologique* (*Annales de Gynécologie*, Paris, 1906).

2. Perdoux, *Drainage en Gynécologie*. Thèse Paris, 1912.

3. Hartmann et Metzger, *Annales de Gynécol. et Obst.*, Paris, 1910.

4. Guillemot, *Drainage en Gynécologie*. Thèse Paris, 1913.

5. Chaput, *Presse médicale*, février 1916. — *Paris médical*, avril 1916.

PREMIÈRE PARTIE

Les différentes techniques de drainage abdominal et leur critique

Nous envisagerons les drainages suivants :

A. — Drainage tubulaire simple ;

B. — Drainage capillaire ou aréolaire ;

C. — Drainage tubulo-aréolaire.

A. — Drainage tubulaire

Une étude remarquable du drainage tubulaire a été faite en 1889 par le professeur Delbet (1) qui s'est basé sur une série intéressante d'expériences faites sur le cadavre et sur les animaux.

M. Delbet remplit l'abdomen de liquide soit au moyen d'un trocart, soit directement après l'avoir largement ouvert.

Il place ensuite un tube au-dessus du pubis ; l'abdomen est fermé de manière qu'il ne reste pas d'autre orifice que celui du tube.

---

1. *Des suppurations pelviennes chez la femme*, par P. Delbet, 1891, p. 374.

Ce tube était tantôt en verre, tantôt en caoutchouc perforé ou non perforé latéralement.

On exerce sur le ventre des pressions considérables de manière à remplacer, et au delà, la pression abdominale absente.

On est très surpris de voir que, dans ces conditions, rien, absolument rien ne s'écoule par le tube.

Si, tout en continuant à peser fortement sur l'abdomen, on soulève légèrement et rapidement le tube, on voit sortir un jet de liquide, qui s'élève quelquefois assez haut, mais qui s'arrête immédiatement.

On peut ainsi soulever le tube plusieurs fois de la même façon et l'on obtient toujours le même résultat.

L'interprétation de ce phénomène imprévu écrit M. Delbet, est très facile à donner :

« Les anses intestinales mobiles viennent se mettre au contact des orifices du tube et oblitérer leur lumière ».

Les expériences faites sur le cadavre ont été répétées par M. Delbet sur l'animal vivant et il a obtenu le même résultat.

Dans une de ces expériences, M. Delbet draine le péritoine d'un chien avec *un tube de verre*.

Il injecte dans le péritoine, le surlendemain, 50 grammes d'une solution salée aseptique et rien ne revient par le tube.

Une nouvelle injection semblable est faite, rien ne revient d'abord, mais l'animal fait un brusque mouvement et tout à coup le liquide passe par le tube.

A partir de ce moment, à chaque nouvelle injection, le liquide revient par le tube de verre.

L'animal est mis à mort et à l'autopsie on constate que le drain est complètement entouré de fausses membranes adhérentes et d'anses intestinales adhérentes entre elles.

Lors des mouvements, une adhérence s'est déchirée et c'est là ce qui a permis au liquide de pénétrer dans le tube.

Dans une autre expérience, M. Delbet place dans le péritoine d'un chien *un tube de caoutchouc*. Le surlendemain, l'auteur injecte par la canule d'un trocart 150 grammes de liquide dans la cavité abdominale ; rien ne revient par le tube.

A l'autopsie on constate que le tube est complètement entouré d'épiploon, mais il n'y a pas de fausses membranes.

Dans une troisième expérience, Delbet draine l'abdomen avec deux tubes *l'un en verre l'autre en caoutchouc*.

L'auteur injecte immédiatement 50 grammes de la solution salée par le tube en caoutchouc ; rien ne ressort.

Il injecte encore 50 grammes. Le liquide revient par le tube en verre, mais rien ne revient par le tube en caoutchouc, bien que l'injection ait été poussée par ce dernier.

On injecte alors 100 grammes par le tube de verre. Le liquide revient par ce tube, mais rien ne passe par le tube en caoutchouc.

Le surlendemain une injection est faite par le tube en caoutchouc, le liquide revient immédiatement, mais seulement par le tube en verre. Dans la nuit, le tube de verre donne écoulement à une quantité considérable de sérosité roussâtre.

L'animal est tué le lendemain et à l'autopsie l'auteur constate que les deux drains sont complètement séparés de la grande cavité abdominale par des adhérences complètes.

Le drain en verre a bien fonctionné, toutefois il drainait, non pas la grande cavité abdominale, mais seulement une petite cavité accidentelle formée autour de lui par les adhérences.

M. le professeur Delbet arrive aux conclusions suivantes :

1° Il est à peu près impossible d'obtenir avec des tubes un drainage efficace de la cavité péritonéale. On peut l'obtenir momentanément par les drains capillaires : mèches de gaze iodoformée et de coton ;

2° Il se produit presque toujours des adhérences très rapides autour des différents drains, même s'ils sont parfaitement aseptiques ;

3° Le liquide qui s'écoule par les drains doit venir, dans la majorité des cas, de transsudations qui se font par les adhérences dans la petite cavité formée autour de ces drains.

M. le professeur Delbet ne conclut pas à l'inutilité du drainage tubulaire, mais pense que ses indications doivent se restreindre de beaucoup.

En 1910, Rotter (1) a fait des recherches sur des opérés de laparotomies au cours des péritonites et il arrive aux mêmes conclusions que M. Delbet.

Rotter fait un grand lavage de la cavité abdominale avec de l'eau salée et place un drain dans le Douglas.

Ce tube est laissé assez long pour que l'extrémité libre puisse plonger dans un flacon et que l'on puisse mesurer exactement le liquide qui s'écoule par le drain.

Lorsque le malade est assis, il s'évacue de suite une quantité d'eau salée qui peut varier de 50 à 200 centimètres cubes suivant les cas.

Si on replace le malade dans la position horizontale, il se produit une nouvelle évacuation du liquide beaucoup moins considérable et qui est due au déplacement des anses intestinales qui venaient obturer les orifices latéraux du drain.

Lorsque le malade est reporté dans son lit, il continue de s'écouler par le tube une quantité très minime de liquide qui cesse de s'écouler totalement au bout de six à dix heures.

Le tube est complètement entouré de fausses membranes qui l'isolent de la cavité péritonéale générale.

Rotter, en adaptant à un drain de verre un tube en caoutchouc de 50 centimètres, injecte de l'eau avec 50 centimètres de pression ; or, douze à vingt-quatre heures après la mise en place du tube en verre il

1. Rotter, *Arch. f. Clinische Chirurgie*, 1910.

constate toujours que le liquide reflue en quantité égale à la quantité injectée.

Boner et Novak (1) ont introduit dans le péritoine des lapins un tube de verre stérilisé, un tube en caoutchouc et un rouleau de gaze.

Tous les trois de mêmes dimensions, sont placés en des points différents de la cavité péritonéale et maintenus à l'extérieur par des fils de soie, autour des trois drains se produisent rapidement de fortes adhérences : des franges épiploïques obturent le tube en caoutchouc en pénétrant même dans sa lumière.

M. Delbet rapporte que Hunter a présenté en 1885 à la Société obstétricale de New-York un tube obstrué dans son quart inférieur par l'épiploon qui, après avoir enveloppé le tube, a pénétré dans son intérieur par les perforations latérales.

En somme, le drain tubulaire draine mal, car il ne garantit pas l'écoulement continu des liquides contenus dans l'abdomen.

« Lorsqu'on a fait une laparotomie pour des lésions utéro-annexielles, écrit notre maître, M. Chaput (2), et que le drainage abdominal a été nécessaire, on peut constater le lendemain que si l'on presse sur l'abdomen avec force, on ne peut faire sortir aucun liquide par le drain obstrué par les caillots, et si on enlève le drain on est obligé souvent d'exercer sur lui des tractions très énergiques parce

1. Boner et Novak, *Klinische Wochenschrift*, 1910.

2. *Technique du drainage filiforme*, par le Dr H. Chaput (*Paris médical*, 1er avril 1916).

que les parois abdominales y sont adhérentes, et que, de plus, elles l'étranglent souvent en sablier, parce qu'elles sont gonflées par la congestion post-opératoire ; parfois on constate que le drain est coudé à angle aigu. Aussitôt le drain enlevé, il s'écoule des quantités considérables de caillots et de liquide rougeâtre. C'est pourquoi j'ai coutume de dire dans ces cas que « le drainage ne fonctionne vraiment que quand le drain est enlevé. »

Le drain tubulaire a donc des inconvénients sérieux : d'abord, comme il en résulte d'après les travaux précédemment cités, il ne draine pas, soit que sa lumière s'oblitère par les caillots, les masses fibrineuses, l'épiploon, les franges épiploïques ou même l'intestin lui-même. En outre, il détermine par sa présence des adhérences qui empêchent l'écoulement des sécrétions.

Le drain tubulaire peut aussi favoriser l'infection.

En effet, écrit M. P. Delbet (1), « mettre un tube, c'est en somme laisser l'abdomen ouvert aux agents septiques. On est exposé à la contamination à chaque pansement et l'on est obligé d'en faire beaucoup dans le cas où l'on emploie le drainage. »

Le drainage tubulaire suppose :

1° Une pression intra-abdominale suffisante pour faire sortir les liquides ;

2° Le contact de l'extrémité profonde du drain avec la colonne de liquide ;

---

1. P. Delbet, *les Suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.

3° L'évaporation des liquides au niveau du pansement servant de force d'attraction (Perdoux) (1).

Or, pour peu que l'évaporation soit arrêtée, c'est un courant inverse qui se produit, d'où inoculation certaine du trajet du drain et même du péritoine, d'autant plus facile que la cavité du drain tubulaire forme un espace mort où s'exalte la virulence des germes. Les drains tubulaires n'ont pas une souplesse et en même temps une résistance suffisante pour drainer toutes les anfractuosités.

Il est impossible d'arriver à un résultat avec des drains tubulaires à lumière étroite et l'on est forcé d'employer des drains de gros calibre, ce qui constitue d'énormes corps étrangers qu'on introduit dans les tissus, d'où irritation avec douleurs, suintements sanguins abondants, retard de la cicatrisation et même des complications graves telles que des hémorragies par ulcération des artères.

M. Paul Delbet rapporte dans *la Revue de Gynécologie* (t. XVIII, n° 2, 1912, p. 208), un cas d'étranglement herniaire dans un orifice d'un drain de verre de Dreumann que Rubesch a constaté dans une autopsie.

B. — Drainage capillaire ou aréolaire

Le drainage capillaire ou mieux aréolaire — car on doit réserver l'expression de drainage capillaire

1. Perdoux, *le Drainage en gynécologie*. Thèse, 1912.

au drainage par des fils très fins et appeler drainage aréolaire celui qu'on obient avec des mèches ou des tampons de gaze — a débuté en 1867 avec Kœberlé (1) qui remplissait une canule en verre de bourdonnets d'ouate phéniquée. Hégar (2) finit par employer un large spéculum abdominal (Bauch speculum) en verre ou en gommé durcie large de 3 à 5 centimètres sur 18 centimètres de longueur rempli d'ouate phéniquée, puis de gaze iodoformée.

Mais Hégar a lui-même abandonné ce procédé pour le drainage aréolaire par la gaze seule.

Kehrer, en 1882, emploie des mèches de coton grosses comme le petit doigt, désinfectées dans la solution phéniquée à 5 o/o ou stérilisées à l'autoclave.

Plus tard, on a employé des mèches de gaze iodoformée.

Pour éviter l'adhérence des mèches de gaze aux lèvres de la plaie, on a employé des lanières de gutta-percha pour entourer la partie supérieure des mèches de gaze.

Mais le drainage aréolaire présente plusieurs des inconvénients du drainage tubulaire.

Notamment les liquides du péritoine étant coagulables, les mèches finissent par former un bloc qui ne draine pas et la stagnation des sécrétions organiques facilite l'infection.

D'autre part, si l'évaporation à la surface du pan-

---

1. et 2, *Traité de Gynécologie de Pozzi.*

sement est insuffisante,un courant en sens contraire s'établit.

Nous citerons l'expérience suivante de Boxer et Novak d'après la thèse *Sur le drainage en gynécologie,* 1912, de Perdoux.

On met dans un tube A du bouillon stérile et dans un autre tube B, du bouillon contenant une culture de staphylocoques ou de bacille pyocyanique.

Une mèche de coton est plongée par une de ses extrémités dans le tube A et son autre extrémité vient se baigner dans le tube B où elle est en contact avec une lamelle de gaze qui sort à l'extérieur en présentant une large surface d'évaporation.

On constate alors que le courant capillaire s'établit d'une façon continue de A en B, sans que l'infection puisse se transmettre de B en A.

Si,au contraire,on vient à empêcher l'évaporation de la mèche de gaze par un artifice quelconque, soit en entourant son extrémité libre d'un tissu imperméable, soit en la serrant en un point de son trajet par une ligature de collodion, on voit alors rapidement s'établir de B en A un courant inverse et le bouillon stérile contenu dans le tube A ne tarde pas à être infecté, cependant que les bactéries pullulent dans la mèche de coton qui réunit les deux tubes.

Les adhérences sont faciles entre les mèches de gaze et les tissus, d'où leur extraction très douloureuse et dangereuse faisant saigner les tissus et favorisant les adhérences intra-abdominales secondaires

qui expliquent les phénomènes d'occlusion par adhérences qu'on observe quelquefois à la suite des interventions abdominales.

La *méthode de Mikulicz* est une variété du drainage aréolaire ; elle consiste à bourrer le petit bassin ou les fosses iliaques ou d'autres régions analogues par des tentes antiseptiques ou aseptiques.

Mikulicz conseille de placer au fond de la cavité une sorte de bourse en gaze faiblement iodoformée.

On fixe au préalable, au milieu de la pièce de gaze, un double fil de soie permettant l'extraction. On introduit dans la bourse des lanières de gaze tassées ; leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

Ce procédé a été modifié par Walther (1) en mettant des drains en caoutchouc dans le sac de gaze.

Le Mikulicz a été préconisé en France surtout par M. le professeur Pozzi qui, néanmoins, le décrit comme un procédé exceptionnel, une *ultima ratio* soit comme tamponnement hémostatique, soit comme tamponnement antiseptique protecteur.

M. Chaput pense que le tamponnement à la gaze peut s'exécuter avec de simples lanières et qu'il n'est indiqué qu'à titre hémostatique.

Dans ce cas il est bon d'y joindre le drainage filiforme pour drainer la cavité tamponnée.

Comme procédé de drainage, notre maître con-

1. Pamard, *Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie*. Thèse de Paris, 1902.

sidère le tamponnement comme insuffisant et dangereux.

Cette poche artificielle permet une facile accumulation des liquides organiques et constitue une source d'infection.

Les liquides ne peuvent pas sortir par le haut et un drainage non déclive n'est qu'un pis aller.

L'ablation du Mikuliez est très douloureuse et l'on a cité la rupture d'adhérences intestinales avec apparition de fistules stercorales consécutivement à l'ablation du tamponnement.

Plus tard les adhérences déterminées par le Mikuliez peuvent déterminer des phénomènes d'occlusion.

Le Mikuliez favorise considérablement la sortie immédiate des intestins et plus tard les éventrations.

Il est indiscutable que le *cloisonnement transversal du bassin*, que notre maître M. Chaput (1) a décrit en 1894, est un procédé infiniment supérieur car il crée une barrière naturelle qui s'oppose à l'infection de la cavité péritonéale.

C'est un procédé de choix pour isoler après une opération de salpingite par exemple les surfaces, cruantées ou infectées du péritoine, en le combinant avec un drainage vaginal, de la cavité pelvienne.

---

1. H. Chaput, *Étude sur le cloisonnement du bassin (Bultetin de la Société anatomique*, 1894).

C. — Drainage tubulo-aréolaire

Le drainage tubulo-aréolaire consiste à combiner le drainage tubulaire au drainage aréolaire ;

On peut placer des mèches à l'intérieur d'un drain creux ou à l'extérieur, ou bien à l'intérieur et à l'extérieur simultanément.

Ce procédé présente tous les inconvénients des deux méthodes dont il dérive. Nous n'en ferons pas la critique à nouveau, et nous renverrons à ce que nous avons dit plus haut à propos du drainage tubulaire et du drainage aréolaire.

DRAINAGE FILIFORME

DÉFINITIONS ET VARIÉTÉS

Le drainage filiforme, d'après notre maître M. Chaput, « consiste à favoriser l'issue de liquides provenant des plaies, des abcès ou des cavités normales ou pathologiques au moyen de fils de nature et de volume variés » (1).

Le premier article d'ensemble sur cette question a été publié par M. Chaput dans *la Presse médicale*, le 28 février 1916 ; avant cette époque quelques chirurgiens faisaient le drainage des abcès froids du cou et le professeur Gross de Nancy avait préconisé le drainage des plaies opératoires au moyen de faisceaux de crins (*Semaine médicale*, 1890). Mais personne n'avait proposé de le substituer complètement au drainage tubulaire.

Pour ce qui est de l'abdomen, M. Chaput est le premier qui ait préconisé le drainage filiforme pour la chirurgie de cette région.

---

1. Dr H. Chaput, *Technique du drainage filiforme* (*Paris médical*, 1er avril 1916, p. 322).

On a critiqué le mot de drainage filiforme sous prétexte que des tiges de 6 à 8 millimètres ne sont pas des fils; or, il existe dans l'industrie des fils métalliques beaucoup plus volumineux encore; nous pouvons donc maintenir le mot filiforme. M. Chaput ayant depuis quelque temps utilisé fréquemment des lames de caoutchouc en guise de drains, emploie indifféremment les termes de *drainage filiforme* et celui de *drainage plein*.

Matériel

Le matériel du drainage filiforme se compose de fils, d'aiguilles et de pinces.

Fils

Les fils employés sont les crins, les soies, les tiges en caoutchouc, les bougies urétrales, les fils métalliques, les lames de caoutchouc.

Les crins, les soies et les plombs fusibles peuvent être utilisés pour les drainages sous-cutanés, mais pour le drainage du péritoine, M. Chaput préfère de beaucoup les tiges pleines de caoutchouc d'un diamètre de 4 à 6 millimètres. Pour le drainage rétro-pariétal de la cavité abdominale, M. Chaput utilise encore des lames de caoutchouc.

En cas d'urgence, on peut faire le drainage du péri-

toine ou de la vésicule biliaire avec des bougies urétrales.

Division

Le drainage filiforme se subdivise par conséquent en plusieurs variétés :

Drainage capillaire (crins, soies fines).

Drainage filiforme (soies grosses).

Drainage cylindrique (sondes ou bougies en caoutchouc ou en gomme).

Drainage lamellaire (lames de caoutchouc).

Le drainage au moyen des lames *de caoutchouc ondulé* a été préconisé par M. Pierre Delbet (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, n° 5, 10 février 1914).

« L'avantage de ces feuilles de caoutchouc, c'est qu'on peut leur donner la dimension que l'on veut, c'est qu'elles réalisent en même temps un drainage capillaire et un drainage ordinaire ; c'est qu'elles n'adhèrent nullement aux tissus. »

Nous pensons que les mêmes avantages se trouvent réalisés avec les caoutchoucs pleins ou de simples lames de caoutchouc de différentes largeurs, tels que nous les avons vues employées par M. Chaput.

Aiguilles

On emploie dans certains cas des aiguilles mousses longues, droites ou courbes, ou des aiguilles mousses à courbure d'Emmet.

Pinces

Les pinces utilisées communément sont la pince courbe à pansements vaginaux de Duplay, ou bien la pince à hystérectomie abdominale de Goullioud.

Nous employons aussi des pinces trocart de Chaput les unes moyennes et légèrement courbes, les autres très grandes et très courbes, comme la *pince pelvienne* de Chaput.

VARIÉTÉS DU DRAINAGE FILIFORME

Il existe deux variétés principales de drainage filiforme : le *drainage debout* à un seul orifice et le *drainage traversant* à deux orifices.

Le drainage traversant et déclive est l'idéal qu'on doit toujours s'efforcer de réaliser ; quand c'est impossible on se contente du drainage debout.

Le *drainage en cor de chasse* consiste à placer le plein d'une tige de caoutchouc dans la cavité à drainer et à laisser sortir les deux chefs par un même orifice où ils se croisent comme la spirale d'un cor de chasse.

Dans certains cas, M. Chaput fixe le plein du caoutchouc au fond de la cavité par un fil de catgut passé à travers les tissus, afin d'éviter que le caoutchouc se déplace — c'est ce qu'il appelle la fixation au plafond : le plafonnage ou le drainage plafonnant.

LES AVANTAGES DU DRAINAGE FILIFORME

Le drainage filiforme ne présente pas les inconvénients que nous avons signalés à propos du drainage tubulaire.

En effet, les drains filiformes ne présentant pas de cavité, n'exposent pas aux infections secondaires comme les drains creux ou les mèches de gaze qui imprégnées des sécrétions organiques coagulées, deviennent des excellents milieux de culture.

Le drain filiforme forme une véritable soupape de sûreté, permettant aux liquides de suivre le trajet du drain jusqu'à l'extérieur.

L'écoulement du liquide se faisant de haut en bas, d'une façon régulière, la stagnation des microbes est impossible.

Le drain creux, par ses orifices latéraux, de même que les mèches amorçent des adhérences nombreuses, et ceci est évité par le drainage filiforme.

On peut mobiliser facilement le drain filiforme, ce qui assure le fonctionnement régulier du drainage.

Le drain filiforme est de petit volume, il ne constitue donc pas un obstacle à la cicatrisation et il

n'expose pas comme les drains creux aux éventrations.

On peut drainer toutes les anfractuosités, grâce aux drains filiformes et assurer le drainage d'une cavité dans son ensemble grâce au plafonnage.

On sait les nombreuses précautions qu'il faut prendre lorsqu'on retire le drain tubulaire qui, enlevé brusquement, laisse une grande cavité qui prédispose à la suppuration : il est donc nécessaire de graduer la suppression du drain creux qu'il faut retirer progressivement pour que les tissus se cicatrisent de la profondeur à la surface; or, ces précautions sont inutiles avec le drain filiforme, car le trajet qu'il détermine au milieu des tissus étant très étroit une fois retiré le trajet s'oblitère rapidement.

Le drain filiforme, par ses faibles dimensions, irritant peu les tissus, on évite le suintement sanguin post-opératoire et les ulcérations des artères.

Le drain tubulaire est douloureux, tandis que le drain filiforme est déplacé ou retiré sans déterminer aucune douleur.

PHYSIOLOGIE DU DRAINAGE FILIFORME

Comment fonctionne le drainage filiforme ?

Le drain filiforme irrite légèrement les tissus qui sont en contact avec lui et leur fait exsuder une sérosité fluide qui circule sous l'influence de la vis à tergo et de la pesanteur. L'espace situé entre le drain et les tissus est très étroit, on peut l'assimiler

à la cavité d'un tube de verre capillaire dans lequel les liquides progressent par capillarité, même contre la pesanteur.

On peut, en outre, invoquer le mécanisme du siphon; en effet, l'espace situé entre le fil et le trajet représente un anneau cylindrique toujours amorcé par la sécrétion de la plaie et toujours en mouvement. Ajoutons enfin la pesanteur quand le drainage est déclive et l'aspiration produite par l'évaporation des liquides qui imbibent les objets de pansement. Au niveau des orifices cutanés la peau et les parties molles s'appliquent exactement sur le drain filiforme et elles sont en contact comme les lèvres de la valvule iléo-cæcale ; ce fonctionnement valvulaire laisse sortir le pus et s'oppose à l'entrée de l'air.

Le drainage tubulaire, au contraire, évacue mal de dedans en dehors et permet un accès facile de l'air dans la plaie.

Comment les caillots sanguins fibrineux peuvent-ils s'évacuer avec le drainage filiforme. Cette question est d'autant plus indiquée que quand on emploie des drains tubulaires, on les préfère le plus gros possible pour faciliter l'issue des caillots.

En réalité, les caillots ne sortent des drains que quand ils ont été liquéfiés par les saprophytes, c'est-à-dire au bout de quelques jours.

Avec le drainage filiforme, les choses se passent différemment; toutes les sécrétions contenues dans la plaie restent vivantes (tandis que celles contenues dans le tube creux sont mortes) ; il en résulte que

les caillots sont liquéfiés par les ferments cellulaires sécrétés en plus grande abondance sous l'influence de l'action légèrement irritante du fil.

Il existe cependant un cas où les fils sont insuffisants à procurer une bonne élimination, c'est quand la plaie contient des tissus sphacélés, des membranes hydatides, ou des corps étrangers, esquilles, projectiles, débris vestimentaires. Dans l'espèce on devra employer non plus les fils, mais les lames de caoutchouc.

Dans le péritoine les fils fins doivent être remplacés par des caoutchoucs pleins de 4 à 6 millimètres de diamètre, voici pourquoi; nous avons dit plus haut que le drainage filiforme réalisait une sorte de siphon à section annulaire situé entre le fil et son trajet de parties molles : plus le fil sera volumineux, plus la colonne de siphon sera importante ; il faut ajouter que le caoutchouc présente des qualités de souplesse qui éviteront mieux l'ulcération et la coudure de l'intestin que l'emploi des fils de calibre moins considérable.

On pouvait dire que le drainage filiforme avec ses orifices étroits ne saurait fournir une évacuation abondante ; or, les orifices du drainage filiforme doivent être de 2 à 3 centimètres de diamètre environ et ces dimensions sont parfaitement suffisantes pour assurer l'évacuation d'une plaie très suintante.

Remarquons d'ailleurs que le pus n'est sécrété que goutte à goutte et qu'un trajet même plus petit serait

encore largement suffisant. Pour obtenir un écoulement très abondant il suffirait de drainer avec des lames de caoutchouc plus ou moins larges.

LES CONDITIONS D'UN BON DRAINAGE DU PÉRITOINE CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL ET DU DRAINAGE FILIFORME EN PARTICULIER

La première condition du bon drainage c'est la *déclivité*.

La pesanteur agit d'une manière continue en faveur de l'évacuation des sécrétions, comme si on avait relié le drain à un récipient où on aurait fait le vide.

M. Chaput a vu des drainages non déclives de la plèvre ou du foie provoquer des infections très graves et même la mort ; dans certains cas, il a pu obtenir la guérison en installant un drainage absolument déclive.

Le drainage doit encore être *traversant*, c'est-à-dire que le drain doit traverser de part en part la cavité à drainer et sortir par deux orifices cutanés situés autant que possible sur le trajet d'une même verticale. Grâce à cette disposition on peut mobiliser le drain, le faire voyager, briser les caillots et favoriser l'écoulement du pus. En principe, les drains doivent sortir à travers des orifices aussi larges que possible.

Pour les drains filiformes en caoutchouc d'un diamètre de 4 à 6 millimètres, le trajet qui leur livre passage doit mesurer au moins 2 ou 3 centimètres de diamètre.

Si on adoptait des dimensions proportionnelles pour les drains tubulaires de 2 centimètres, on arriverait à des dimensions inacceptables d'où leur infériorité.

Il est avantageux de combiner le drainage au cloisonnement péritonéal pour protéger la grande séreuse, toutes les fois que la chose est possible.

Dans les opérations sur le bassin on fera le cloisonnement pelvien de Chaput ; dans celles sur les fosses iliaques, le cloisonnement iliaque du même auteur ; dans celles sur les voies biliaires et l'estomac on suturera le côlon transverse à la paroi pour limiter l'infection possible à la façon de Terrier.

En résumé, le drainage idéal de l'abdomen doit être, d'après notre maître, déclive, traversant, filiforme, large, et combiné au cloisonnement quand les circonstances le permettent.

II

DEUXIEME PARTIE

Nous allons étudier le drainage filiforme dans le traitement des affections suivantes :

1° Maladies utéro-annexielles ;

2° Fibromes de l'utérus et rétroflexion ;

3° Appendicite ;

4° Drainage dans les diverses opérations sur le tube digestif ;

5° Drainage des péritonites.

Affections utéro-annexielles

HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

Il est classique de ne pas drainer le péritoine en cas d'hystérectomie subtotale quand le bassin n'est pas cruenté et quand il n'y a pas de pus déversé dans le péritoine.

Cependant M. Chaput pense que, étant données la bénignité absolue du drainage filiforme et les chances toujours possibles d'infection, il est plus prudent de

drainer parce qu'il peut toujours survenir une hémorragie qui peut favoriser l'infection du péritoine et que le pédicule même quand on a excisé et cautérisé sa muqueuse et même quand on l'a péritonisée, le pédicule peut être l'origine d'abcès qui se développent sous le lambeau péritonéal et s'ouvrent ensuite dans le péritoine.

M. Chaput conseille de faire systématiquement le drainage abdomino-vaginal traversant du Douglas et de drainer en outre le pédicule.

Drainage abdomino-cervico-vaginal du pédicule

M. Chaput excise d'abord la muqueuse du canal cervical et le cautérise au thermo-cautère.

Il introduit ensuite dans le canal cervical et dans le vagin un caoutchouc n° 16 ou 18. Il perfore ensuite le lambeau péritonéo-vésical avec une pince en prenant la précaution de ne pas intéresser la vessie qu'on reconnaît avec le palper à son épaisseur.

Il ramène le chef supérieur du caoutchouc à travers le lambeau péritonéal et il fait sortir au-dessus du pubis.

Le lambeau est fixé à la face postérieure du col par une suture en U.

On va chercher le chef inférieur du caoutchouc dans le vagin avec une pince, on l'amène à la vulve et on y fixe une épingle.

Tel est le drainage abdomeno-cervico vaginal dont les avantages sont considérables et les inconvénients absolument nuls.

Drainage abdomino-vaginal du Douglas

Avec la pince trocart pelvienne de Chaput on perfore de bas en haut par le vagin le cul-de-sac du vagin et le Douglas.

Pour faciliter cette manœuvre, il est bon d'introduire une pince courbe ordinaire dans le vagin avant d'y enfoncer la pince trocart ; cette dernière suit alors la pince ordinaire comme une sonde cannelée et arrive facilement au but sans pénétrer dans le col utérin.

Avec la pince trocart introduite dans le Douglas, ou ramène un caoutchouc plein n° 16 ou 18 et on l'arrête avec des épingles doubles à la vulve et sur l'abdomen,

Voici 5 observations d'hystérectomies faites par M. Chaput, toutes guéries.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. Chaput)

Salpingite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme D... M., quarante-sept ans.

Entrée pour pyosalpinx avec dédoublement de la cloison recto-vaginale.

5 décembre 1915. — Colpotomie.

La malade revient à la fin du mois d'avril, pour une salpingite aiguë très douloureuse.

Elle est opérée par M. Chaput, le 23 mai 1916.

Anesthésie à la novocaïne lombaire.

Laparotomie médiane.

Les annexes sont volumineuses et suppurées.

Hystérectomie subtotale par le procédé américain.

M. Chaput fait une double ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin avec sa pince pelvienne et établit un drainage péritonéo-vaginal en U, avec un caoutchouc plein n° 16.

Le milieu du drain est placé dans le Douglas et les deux chefs sortent à la vulve et sont arrêtés avec des épingles.

Le péritoine vésical est suturé à l'*S* iliaque (cloisonnement du bassin).

La malade sort guérie le 6 juillet 1916.

OBSERVATION II (M. Chaput)

Salpingite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme E... S., vingt-cinq ans.

Entrée pour fausse couche avec fièvre.

13 février. — Curage utérin suivi de salpingite aiguë.

Opérée le 24 février par M. Chaput.

Anesthésie générale. Éther,

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Drainage abdomino-vaginal filiforme et abdomino-cervico-vaginal à travers le péritoine vésical fixé sur la tranche du col.

Sort guérie le 17 avril 1916.

OBSERVATION III (M. Chaput)

Salpingite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme M... J., vingt-neuf ans.

Entrée pour salpingite.

Opérée le 19 février 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et en cor de chasse.

Sort guérie le 14 mars 1916.

OBSERVATION IV (M. Chaput)

Fibrome et salpingite. — Hystérectomie subtotale. Guérison.

Mme D... R., trente-huit ans.
Entrée pour fibrome utérin et salpingite.
Opérée le 8 mars 1916 par M. Chaput.
Anesthésie générale à l'éther.
Laparotomie médiane.
Hystérectomie subtotale.
Drainage en cor de chasse.
Sort guérie le 11 avril 1916.

OBSERVATION V (M. Chaput)

Salpingite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme A... D., vingt-quatre ans.
Entrée pour salpingite.
Opérée le 23 juin 1916 par M. Chaput.
Anesthésie lombaire à la novocaïne.
Laparatomie médiane.
Hystérectomie subtotale,
Drainage filiforme abdomino-vaginal et en cor de chasse.
Sortie guérie le 22 juillet 1916.

SALPINGECTOMIE

La *salpingectomie* simple sans hystérectomie exige le drainage du bassin quand il est cruenté.

On draine le cul-de-sac anté-utérin avec un drain en cor de chasse et le Douglas avec un caoutchouc plein abdomino-vaginal.

La paroi abdominale est suturée en laissant seulement un passage aux fils drainants.

Traitement des lésions salpingiennes par la salpingotomie longitudinale

Salpingite suppurée. — Hydrosalpinx. — Salpingite catarrhale

La salpingotomie longitudinale a été décrite par M. Chaput dans *Paris médical*, en 1916. La malade étant anesthésiée par l'anesthésie lombaire ou par l'anesthésie générale.

L'abdomen est largement ouvert sur la ligne médiane.

On reconnaît le fond de l'utérus et on le saisit avec une pince érigne. On décolle avec les doigts les annexes tombées dans le Douglas et on les amène dans la plaie. On examine les trompes à partir des cornes utérines et au niveau du point où elles atteignent un diamètre de 4 à 5 millimètres, on saisit la trompe parallèlement à son grand axe et on l'incise

longitudinalement avec le bistouri dans toute sa longueur de dedans en dehors en suivant son bord supérieur jusqu'à l'ostium inclusivement ; on fait, en somme une sorte de cathétérisme de la trompe au bistouri et, au fur et à mesure, on la sectionne par transfixion.

En général, la section tubaire saigne peu et on n'a pas à s'occuper de l'hémostase ; quand il se produit un jet artériel on fait l'hémostase avec un petit surjet de catgut fin à deux ou trois points avec nœud terminal.

Il est bon aussi, en pareil cas, de faire immédiatement une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de cheval.

On essuie la muqueuse tubaire avec des compresses stérilisées pour enlever tout le pus et on laisse la trompe incisée, béante, ouverte largement dans le péritoine.

La salpingite se complique fréquemment d'atrésie tubaire de la portion interne de la trompe.

Il est indiqué de chercher à remédier à cette atrésie qui favorise la récidive de l'infection et s'oppose à la fécondation. Après avoir fendu au bistouri dans toute sa longueur la partie dilatée de la trompe, il faut cathétériser la partie interne de la trompe avec le bistouri et fendre toute la longueur de la portion rétrécie et ouvrir par la même incision les cornes utérines correspondantes, sur une étendue de quelques millimètres.

GROSSESSE TUBAIRE

Quand on intervient pour une grossesse tubaire rompue ou non, il n'est pas indispensable d'enlever la trompe, ni l'ovaire.

Il est préférable de conserver ces organes afin d'entretenir les fonctions menstruelles et reproductives.

M. Chaput incise la trompe en croix au niveau de la rupture ou de la portion dilatée et excise aux ciseaux le sommet des lambeaux cruciaux de la trompe.

En cas d'hémorragie on fait un surjet hémostatique comme nous l'avons indiqué plus haut.

OVARITE SUPPURÉE

On fixe l'ovaire avec la main gauche et l'on incise en croix la ou les collections qu'il contient.

On excise aux ciseaux les sommets des lambeaux cruciaux, afin d'assurer la permanence de l'ouverture chirurgicale.

On nettoie la cavité de l'abcès avec des compresses de gaze et on la laisse largement ouverte dans le péritoine.

PROLAPSUS DES ANNEXES DANS LE DOUGLAS

Ce prolapsus se traite par l'antéfixation dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Les annexes sont amenées en avant de l'utérus et fixées par le bord externe du méso de l'ovaire à la face antérieure de l'utérus par un point de catgut.

L'antéfixation des annexes est une manœuvre accessoire et facultative. M. Chaput la croit utile mais non indispensable.

DRAINAGE FILIFORME EN COR DE CHASSE DU CUL-DE-SAC VÉSICO-UTÉRIN

A la suite de la salpingotomie longitudinale on doit faire le drainage abdomino-vaginal du Douglas décrit plus haut et le drainage du cul-de-sac anté-utérin.

On introduit dans le cul-de-sac vésico-utérin le milieu d'un caoutchouc plein.

On fait sortir ses deux chefs croisés à travers la plaie abdominale et on les arrête avec des épingles.

Pour maintenir le caoutchouc dans la partie la plus déclive, M. Chaput le fixe en ce point au moyen d'un point de catgut passé à travers un pli du péritoine.

DRAINAGE ABDOMINO-VAGINAL TRANSLIGAMENTAIRE

Dans certains cas, M. Chaput draine avec un seul caoutchouc le cul-de-sac antérieur et postérieur ; à cet effet il perfore un des ligaments larges ou tous les deux, et ramène le caoutchouc, abdomino-vaginal d'arrière en avant à travers le ligament large et

le fait sortir au-dessus du pubis : c'est le drainage abdomino-vaginal-transligamentaire.

Nous avons réuni 4 observations de salpingectomies guéries.

8 salpingites aiguës et 25 salpingites à froid guéries par la salpingotomie ;

7 observations de grossesse extratubaires guéries ;

2 kystes ovariques, 1 kyste du ligament large et 1 néoplasme de l'ovaire guéris.

OBSERVATION VI (M. Chaput)

Pyosalpinx. — Salpingectomie gauche. — Guérison.

Mme G..., âgée de trente-sept ans.

Entrée pour pyosalpinx.

Opérée le 9 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chldroforme.

Laparotomie médiane.

Castration gauche.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 11 juin 1916.

OBSERVATION VII (M. Chaput)

Pyosalpinx. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme R..., L., quarante-sept ans.

Entrée pour gros abcès pelvien fétide avec salpingite droite.

Opérée le 20 juin 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation des annexes droites.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 7 juin 1916.

OBSERVATION VIII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingectomie double. — Guérison

Mme B... Z., trente-cinq ans.

Entrée pour salpingite.

Opérée le 24 mai 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingectomie double.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 15 juin.

OBSERVATION IX (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingectomie. — Guérison

Mme C... A., vingt-quatre ans.

Entrée pour salpingite droite.

Opérée le 6 juillet 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingectomie droite.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 19 août 1916.

OBSERVATION X (M. Chaput)

Salpingite gauche aiguë. — Salpingotomie. — Guérison

Mme S... E., trente-cinq ans.

Entrée pour un énorme abcès fétide du Douglas avec salpingite aiguë gauche.

Opérée le 18 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale gauche au bistouri.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 15 juin 1916.

OBSERVATION XI (M. Chaput)

Salpingite aiguë droite. — Salpingotomie. — Guérison

Mme G... M., dix-neuf ans.

Entrée pour salpingite aiguë droite.

Opérée le 17 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale droite.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 11 juin 1916.

OBSERVATION XII (M. Chaput)

Salpingite aiguë. — Salpingotomie. — Guérison

Mme L..., trente-deux ans.
Entrée pour salpingite aiguë.
Opérée le 22 janvier 1916 par M. Chaput.
Anesthésie générale à l'éther.
Laparotomie médiane.
Salpingotomie longitudinale.
Drainage filiforme abdomino-vaginal et antéutérin.
Sort guérie le 19 février 1916.

OBSERVATION XIII (M. Chaput)

Salpingite aiguë. — Salpingotomie. — Guérison

Mme L... P., vingt-six ans.
Entrée pour salpingite aiguë.
Opérée le 19 janvier 1916.
Anesthésie lombaire à la novocaïne.
Laparotomie médiane.
Salpingotomie longitudinale et antéfixation tubaire.
Drainage abdomino-vaginal et antéutérin.
Sort guérie le 27 février 1916.

OBSERVATION XIV (M. Chaput)

Salpingite aiguë. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme V..., vingt-sept ans.

Entrée pour salpingite droite aiguë.

Opérée le 23 décembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Incision en croix de l'ovaire droit avec résection des angles.

Salpingotomie longitudinale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 11 janvier 1916.

OBSERVATION XV (M. Chaput)

Salpingite bilatérale aiguë. — Salpingotomie. — Guérison.

G... H., vingt-cinq ans.

Entrée pour salpingite bilatérale avec abcès de l'ovaire.

Opérée le 26 novembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale.

Incision en croix de l'ovaire.

Drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 23 décembre 1915.

OBSERVATION XVI (M. Chaput)

Mme B... L., vingt ans.

Entrée pour salpingite aiguë surtout à droite.

Opérée le 11 novembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Salpingotomie longitudinale bilatérale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 20 décembre 1915.

OBSERVATION XVII (M. Chaput)

Salpingite aiguë. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme R... M., trente trois-ans.

Entrée pour salpingite aiguë.

Opérée le 11 octobre 1915, par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale bilatérale.

Incision d'un petit kyste de l'ovaire droit.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 11 novembre 1915.

OBSERVATION XVIII (M. Chaput)

Salpingite aiguë. — Salpingotomie et incision utérine en T. — Guérison

Mme B... B., vingt et un ans.

Entrée à l'hôpital Lariboisière salle Denonvilliers au mois d'août 1916, pour des douleurs hypogastriques violentes.

Règles irrégulières, douloureuses l'obligeant de s'aliter. Pertes jaune verdâtre. A l'âge de vingt-huit ans a eu une crise semblable et est restée deux mois à l'hôpital Saint-Louis.

M. Chaput l'examine le 25 août et fait le diagnostic de salpingite bilatérale.

29 août. — Opération sous anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie. Incision utérine en T.

Transplantation du péritoine antérieur et antéfixation tubaire.

Drainage abdomino-vaginal, transligamentaire et sous péritonéal antéutérin.

Drainage abdominal encor du Douglas.

Sort guérie le 3 octobre 1916.

Revue le 5 novembre : organes pelviens en très bon état.

OBSERVATION XIX

Salpingotomie et incision utérine. — Guérison

Mme G... D., âgée de vingt-six ans.

Entrée au mois d'août salle Denonvilliers, pour douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausees.

La malade souffre depuis trois ans et est obligée souvent de garder le repos au lit pendant huit jours.

Elle a des pertes jaune verdâtre abondantes.

Les règles ont débuté à l'âge de quinze ans et sont irrégulières depuis un an.

A vingt-trois ans la malade a eu une bartholinite. M. Cha-

put l'examine le 20 août 1916 et fait le diagnostic de salpingite avec fibrome.

Opération le 26 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie, antéfixation tubaire,

Incision utérine en T. pour utérus hypertrophié.

Drainage abdomino-utéro-vaginal.

Drainage antéutérin sous-péritonéal.

Sort guérie le 3 octobre 1916.

OBSERVATION XX (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie double. — Guérison

Mme S... D., est âgée de trente-quatre ans ; elle est entrée à l'hôpital le 15 août 1916, salle Denonvilliers, pour des douleurs dans l'hypogastre.

Elle souffre depuis l'âge de vingt-neuf ans, surtout au moment des règles qui l'obligent de garder le repos au lit.

Au début du mois d'août, a été prise d'une forte crise douloureuse avec nausées et vomissement, de la dyspnée et des douleurs s'irradiant dans les lombes.

Réglée à l'âge de quatorze ans. A eu six grosseses, toutes à terme mais il ne lui reste que trois enfants, les autres morts, très jeunes.

Examinée le 16 août, par M. Chaput, qui fait le diagnostic de salpingite.

Opérée le 24 août 1916 par M. Chaput.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie double.

Incision en croix de l'ovaire gauche.

Drainage filiforme abdomino-vaginal transligamentaire et drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 17 septembre 1916.

OBSERVATION XXI (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

G... H., femme âgée de quarante-neuf ans.

Entrée pour salpingite,

Opérée le 19 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne et chloroforme à la suite.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie double.

Antéfixation bilatérale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 16 septembre 1916.

OBSERVATION XXII

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

G... B., malade âgée de vingt-trois ans.

Entrée pour salpingite.

Opération le 17 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Salpingotomie double.

Salpingopexie antérieure.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et drainage antéutérin.

Sort guérie le 20 septembre 1916.

OBSERVATION XXIII (M. Chaput)

Salpingite gauche. — Salpingotomie. — Guérison.

T... L., malade âgée de dix-huit ans.

Entrée pour salpingite gauche.

Opérée le 22 juillet 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie.

Salpingotomie bilatérale.

Anté-fixation tubaire.

Drainage filiforme abdomino-vaginal

Drainage antéutérin.

Guérie le 27 août 1916.

OBSERVATION XXIV (M. Chaput)

Salpingite et rétroflexion. — Salpingotomie et transplantation du péritoine. — Guérison.

Mme P... C., vingt et un ans.

Entrée pour salpingite et rétroflexion.

Opérée le 8 juin 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale.

Transplantation du péritoine.
Drainage abdomino-vaginal.
En cor de chasse
Sort guérie le 23 juillet 1916.

OBSERVATION XXV (M. Chaput)

Mme S... C., vingt-deux ans.
Entrée pour salpingite bilatérale.
Opérée le 9 août 1916.
Anesthésie générale au chloroforme.
Salpingotomie bilatérale.
Drainage abdomino-vaginal filiforme.
Sortie guérie le 15 septembre 1916.

OBSERVATION XXVI (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme M... D., vingt-huit ans.
Entrée pour salpingite gauche.
Opérée le 8 août 1916.
Anesthésie au chloroforme.
Laparotomie médiane.
Salpingotomie et pexie gauche.
Drainage filiforme abdomino-vaginal.
Sortie guérie le 31 août.

OBSERVATION XXVII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme G... L., dix-huit ans.
Entrée pour salpingite gauche avec réaction péritonéale.
Opérée le 22 juillet 1916.
Anesthésie générale au chloroforme.
Salpingotomie bilatérale antéfixation tubaire.
Drainage filiforme abdomino-vaginal et antéutérin.
Sortie guérie le 27 août.

OBSERVATION XXVIII (M. Chaput)

Salpingite bilatérale. — Salpingotomie et salpingectomie. — Guérison.

Mme D... V., vingt ans.
Entrée pour salpingite double.
Opérée le 4 juillet 1916 par M. Chaput.
Anesthésie générale au chloroforme.
Laparotomie médiane.
Salpingectomie droite.
Salpingotomie gauche.
Drainage filiforme abdomino-vaginal
Sortie guérie le 12 août.

OBSERVATION XXIX (M. Chaput)

Salpingite et rétroflexion. — Salpingotomie et transplantation du péritoine. — Guérison.

Mme P... C., vingt et un ans.
Entrée pour salpingite et rétroflexion.
Opérée le 8 juin 1916 par M. Chaput.
Laparotomie.
Salpingotomie longitudinale.
Transplantation du péritoine.
Drainage filiforme abdomino-vaginal en cor de chasse.
Sortie guérie le 23 juillet 1916.

OBSERVATION XXX (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

Mme B..., vingt-quatre ans.
Entrée pour salpingite double.
Opérée le 24 mai 1916.
Anesthésie générale au chloroforme.
Laparotomie médiane.
Salpingotomie double.
Drainage abdomino-vaginal.
Sort guérie le 15 juin 1916.

OBSERVATION XXXI (M. Chaput)

Hydrosalpinx. — Salpingotomie. — Guérison

Mme F... S., trente-six ans.

Entrée pour hydrosalpinx double, avec adhérences étendues.

Opérée le 3 mai 1916.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision des collections.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 9 juillet 1916.

OBSERVATION XXXII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme B... P., vingt et un ans.

Entrée pour salpingite bilatérale.

Opérée le 16 mars 1916.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et antéutérin en cor de chasse.

Sort guérie le 9 avril 1916.

OBSERVATION XXXIII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie gauche et Salpingectomie droite. — Guérison.

Mme L... C., dix-huit ans.

Entrée pour salpingite bilatérale.

Opérée le 15 mars 1916.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie gauche.

Incision en croix d'un petit kyste ovarique et ablation de la trompe droite.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et anté-utérin en cor de chasse.

Sort guérie le 13 avril.

OBSERVATION XXXIV (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme D..., vingt-cinq ans.

Entrée pour salpingite avec petits kystes des deux ovaires.

Opérée le 23 février 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Salpingotomie bilatérale.

Incision en croix des deux ovaires.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et anté-utérin En cor de chasse.

Sort guérie le 27 avril 1916.

OBSERVATION XXXV (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme R... M., vingt-deux ans.

Entrée pour salpingite bilatérale.

Opérée le 14 février 1916.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

On trouve un kyste suppuré de l'ovaire droit.

Ovariotomie droite.

Salpingotomie gauche.

Drainage abdomino-vaginal et anté-utérin en cor de chasse.

Sort guérie le 23 mars 1916.

OBSERVATION XXXVI (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme I... L., trente et un ans.

Entrée pour salpingite gauche.

Opérée le 11 février 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie gauche.

Drainage abdomino-vaginal et anté-utérin debout.

Sort guérie le 14 mars 1916.

OBSERVATION XXXVII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme H... D., vingt-six ans.

Entrée pour salpingite gauche.

Opérée le 7 février 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie gauche.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et debout rétro-utérin.

Sort guérie le 1er mars 1916.

OBSERVATION XXXVIII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme D..., vingt-six ans.

Entrée pour salpingite.

Opérée le 5 février 1916.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparatomie médiane.

Salpingotomie longitudinale bilatérale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et anté-utérin.

Sort guérie le 29 février 1916.

OBSERVATION XXXIX (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison.

Mme C... X., vingt-neuf ans.

Entrée pour salpingite.

Opérée le 29 janvier 1916.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal et anté-utérin.

Sort guérie le 24 février 1916.

OBSERVATION XL (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

Mme P..., quarante-cinq ans.

Opérée le 25 janvier 1916.

Anesthésie lombaire.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal, anté et rétro-utérin.

Sort guérie le 29 février 1916.

OBSERVATION XLI (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

Mme S. J..., vingt-huit ans.

Entrée pour salpingite bilatérale.

Opérée le 6 novembre 1915.

Anesthésie lombaire à la stovaïne.

Salpingotomie longitudinale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 29 novembre 1915.

OBSERVATION XLII (M. Chaput)

Salpingite. — Salpingotomie. — Guérison

Mme B. A... trente ans.

Entrée pour salpingite double.

Opérée le 3 novembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie générale (chloroforme).

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale bilatérale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 15 décembre 1915.

OBSERVATION XLIII (M. Chaput)

Grossesse extra-utérine rompue. — Salpingotomie
Guérison

Mme H. D... âgée de vingt-sept ans.

Entrée pour grossesse extra-utérine rompue.

Opérée le 7 février 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire (novocaïne).

Laparotomie médiane.

Excision des lèvres de la trompe rompue.

Drainage abdomino-vaginal et anté utérin debout.

Sort guérie le 19 mars 1916.

OBSERVATION XLIV (M. Chaput.)

Hématocèle. — Salpingectomie. — Guérison

Mme M..., trente-cinq ans.

Entrée pour hématocèle.

Opérée le 7 février 1916 par M. Chaput.

Laparotomie médiane.

Ablation de la trompe gauche.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 29 février 1916.

OBSERVATION XLV (M. Chaput)

Hématocèle ancienne. — Salpingectomie. — Guérison

Mme G..., vingt-neuf ans.

Entrée pour hématocèle intratubaire ancienne à parois épaissies (gauche).

Opérée le 13 mars 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Ablation de la trompe gauche.

Drainage abdomino-vaginal.

Sortie guéri le 2 avril 1916.

OBSERVATION XLVI (M. Chaput)

Grossesse tubaire. — Salpingotomie

Mme T... R., trente ans.

Grossesse tubaire gauche avec salpingite droite.

Opérée le 27 mars 1919 par M. Chaput.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie gauche.

Incision en coin de l'ovaire droit kystique.

Drainage filiforme, abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 30 avril 1916.

OBSERVATION XLVII (M. Chaput)

Grossesse tubaire. — Salpingotomie. — Guérison

Mme B... H., vingt-neuf ans.

Entrée pour grossesse tubaire droite non rompue et hématosalpinx gauche peu volumineux.

Opérée le 15 avril 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à l'éther initial.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie longitudinale droite avec incision en croix et excision des lambeaux.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Salpingotomie longitudinale gauche.

Sort guérie le 13 mai 1916.

OBSERVATION XLVIII (M. Chaput)

Grossesse extra-utérine rompue
Salpingotomie. — Guérison

Mme K... L., vingt-sept ans.

Entrée pour grossesse extra-utérine rompue avec hémoto-

cèle droite et épanchement de sang libre dans le péritoine.

Opérée le 8 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme

Laparotomie médiane.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 1er septembre 1916.

OBSERVATION XLIX (M. Chaput)

Kyste de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison

Mme J... A., âgée de vingt-quatre ans.

Entrée pour kyste ovarique tendu.

Opérée le 17 mars 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ovariotomie droite.

Drainage abdomino-vaginal et antéutérin en cor de chasse.

Sort guérie le 9 avril 1916.

OBSERVATION L (M. Chaput)

Kyste de l'ovaire. — Ovariotomie.— Guérison

V... L., femme âgée de cinquante ans.

Entrée pour un volumineux kyste de l'ovaire gauche.

Opérée le 9 septembre 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Ovariotomie bilatérale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 15 octobre 1916.

OBSERVATION LI (M. Chaput)

Kyste du ligament large. — Hystérectomie subtotale
Guérison

Mme H..., trente-cinq ans.

Entrée pour kyste inclus dans le ligament large.
Opérée le 1er novembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

On trouve un kyste dans le ligament large rompu par distension avec hémorragie interne.

Hystérectomie subtotale.

Drainage abdomino-vaginal filiforme.

Sort guérie le 23 décembre 1915.

OBSERVATION LII (M. Chaput)

Épithélioma de l'ovaire. — Castration. — Guérison

Mme B..., quarante-sept ans.

Entrée pour épithélioma de l'ovaire.

Opérée le 20 janvier 1916 par M. Chaput.

Laparotomie médiane.

Castration droite.

Drainage filiforme debout et antéutérin et rétroutérin.

Sort guérie le 13 février 1916.

DRAINAGE FILIFORME DANS L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Ce drainage peut s'exécuter de deux façons :

1° *Drainage abdomino-vaginal filiforme avec vagin largement ouvert.*

Il suffit d'introduire une pince par le vagin jusque dans le bassin et de ramener un caoutchouc plein qui sortira au-dessus du pubis et à la vulve et qu'on arrêtera avec des épingles doubles.

2° *Drainage vaginal combiné au cloisonnement pelvien de Chaput.*

On introduit dans le vagin un caoutchouc plein qu'on fixe par un point de suture à l'orifice supérieur du vagin.

On suture ensuite le péritoine vésical à l'S iliaque hermétiquement.

La région située au-dessous du cloisonnement est alors bien drainée par le vagin et parfaitement isolée de la grande séreuse.

Nous avons relevé six observations d'hystérectomie totale avec drainage filiforme toutes guéries.

OBSERVATION LIII (M. Chaput)

Fibrome utérin avec cancer probable du col.—Hystérectomie totale. — Guérison

C. G..., malade âgée de quarante-huit ans.

Entrée pour utérus fibromateux avec un col douteux.

Opérée le 15 janvier 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie abdominale.

Hystérectomie totale.

Drainage abdomino-vaginal filiforme.

La malade sort guérie le 13 février 1916.

OBSERVATION LIV (M. Chaput)

Epithélioma du col. — Hystérectomie totale. — Guérison

M..., malade âgée de quarante-huit ans.

Entrée pour épithélioma du col.

Opérée le 5 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie abdominale totale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 4 juin 1916.

OBSERVATION LV (M. Chaput)

Épithélioma du col. — Hystérectomie totale. — Guérison

G..., quarante-quatre ans.

Entrée pour épithélioma du col.

Opérée le 4 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 30 mai 1916.

OBSERVATION LVI (M. Chaput)

Epithélioma du col. — Hystérectomie totale. — Guérison

T..., malade âgée de cinquante-sept ans.

Épithélioma du col utérin.

Opérée le 1er mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sortie guérie le 25 mai 1916.

OBSERVATION LVII (M. Chaput)

Néo et fibrome de l'utérus. — Hystérectomie totale
Guérison

D..., quarante-sept ans.

Entrée pour néoplasme utérin avec fibrome. La malade présentait en outre une tumeur de la paroi abdominale abcédée et à paroi cancéreuse.

Opérée le 11 mai 1916 par M. Chaput.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie abdominale totale.

Drainage filiforme abdomino-vaginal,

Ablation de la tumeur de la paroi abdominale.

La malade sort guérie le 2 juillet 1916.

OBSERVATION LVIII (M. Chaput)

Epithélioma utérin sphacelé. — Hystérectomie totale Guérison

M.., B., malade âgée de quarante-six ans.

Entrée pour épithélioma de l'utérus avec sphacèle du col.

Opérée le 13 janvier 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sortie le 6 juillet 1916.

ÉNUCLÉATION DES FIBROMES PAR L'ABDOMEN

Trois cas peuvent se présenter :

1° L'énucléation abdominale des fibromes antérieurs du fond de l'utérus se fait par une incision dans l'axe de la tumeur.

La cavité utérine peut être ouverte ou non.

2° Quand le fibrome descend bas, il faut au préalable décoller le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin jusqu'au niveau du vagin.

3° Les fibromes de la paroi postérieure sont attachés d'avant, en arrière, à travers la paroi antérieure de la matrice par la cavité utérine.

1. — *Énucléation sans décollement vésical*

a) *La cavité utérine n'est pas ouverte.* — On place le milieu d'un caoutchouc plein dans la cavité d'énucléation.

On suture l'incision utérine en laissant à ses deux extrémités le passage pour les deux chefs du caoutchouc et on fixe l'utérus à la paroi par deux fils transversaux placés au delà des orifices de sortie du drain filiforme.

b) *La cavité utérine est ouverte.* — On introduit une bougie dans le col utérin et jusque dans le vagin.

On laisse son autre extrémité traverser la cavité utérine, la cavité d'énucléation de la paroi abdominale. C'est le drainage abdomino-utéro-vaginal.

On suture la plaie utérine et on la fixe à la paroi abdominale.

2. — *Énucléation avec décollement vésical*

Au drainage précédent M. Chaput ajoute le *drainage abdomino-précervico-vaginal*, afin d'éviter l'infection du décollement préutérin.

Ce drainage consiste à ouvrir la paroi antérieure du vagin par l'abdomen et à introduire dans cet organe un caoutchouc plein.

On perfore le lambeau vésico-utérin avec une pince, on passe au travers le chef supérieur du drain plein

et on suture le lambeau à la face antérieure de l'utérus, le plus haut possible.

3.— *Fibromes de la paroi postérieure*

On fixe par un catgut le milieu d'un cordon de caoutchouc à la paroi postérieure de la cavité d'énucléation; on fait sortir les deux chefs l'un par le vagin, l'autre part l'abdomen ; on suture la paroi utérine antérieure et on la fixe à la paroi abdominale.

Voici 8 observations de fibrome dont 2 traitées par l'énucléation, 5 traitées par hystérectomie subtotale, 1 traitée par l'hystérectomie totale, toutes guéries par M. Chaput.

OBSERVATION LIX (M. Chaput)

Fibrome utérin. — Énucléation. — Guérison

Mme D..A.., âgée de quarante-sept ans.

Entrée pour fibrome volumineux,

Opérée le 8 juillet 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire (novocaïne) et chloroforme final. On trouve à la laparotomie médiane un gros fibrome avec de nombreux petits kystes à la paroi antérieure de l'utérus.

Enucléation.

Drainage abdomino-vaginal et anté-utérin sous-péritonéal.

Sortie guérie le 15 août 1916.

OBSERVATION LX (M. Chaput)

Fibrome utérin. — Énucléation. — Guérison.

Mme F... G..., âgée de vingt-neuf ans.
Entrée pour fibrome utérin.
Opérée le 4 mars 1916 par M. Chaput.
Anesthésie général à l'éther.
Laparotomie médiane.
Enucléation du fibrome.
Drainage filiforme pré-utéro-vaginal et utéro-vaginal.
Sortie guérie le 15 avril 1916.

OBSERVATION LXI (M. Chaput)

Fibrome utérin. — Hystérectomie subtotale. — Guérison

Mme J. D..., quarante-trois ans.
Entrée pour fibrome utérin.
Opérée le 5 janvier 1916.
Anesthésie générale au chloroforme.
Laparotomie médiane.
Hystérectomie subtotale.
Drainage filiforme du col.
Sort guérie le 20 janvier 1916.

OBSERVATION LXII (M. Chaput)

Fibrome utérin. — Hystérectomie subtotale. — Guérison

M. P..., femme âgée de quarante-sept ans.
Entrée pour fibrome utérin.

Opérée le 31 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne 4 o/o.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Drainage abdomino-cervico-vaginal et abdomino-vaginal.

Sort guérie le 10 octobre 1916.

OBSERVATION LXIII (M. Chaput)

Fibrome utérin. — Hystérectomie subtotale. — Guérison

V. L..., femme âgée de quarante-huit ans.

Entrée pour fibrome utérin.

Opérée le 19 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire (novocaïne).

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Péritonisation.

Drainage filiforme.

Sortie guérie le 7 septembre 1916.

OBSERVATION LXIV (M. Chaput).

Fibrome utérin. — Hystérectomie subtotale. — Guérison

Mme J. T..., âgée de trente-six ans.

Entrée pour fibrome volumineux.

Opérée le 20 juillet par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Drainage abdomino-vaginal.

Sort guérie le 30 août 1916.

OBSERVATION IV (déjà citée, M. Chaput)

Fibrome. — Hystérectomie subtotale. — Guérison

Mme D. R..., trente-huit ans.

Entrée pour fibrome de l'utérus.

Opérée le 8 mars 1916.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane.

Hystérectomie subtotale.

Drainage filiforme du col et anté utérin en cor de chasse.

Sortie guérie le 11 avril 1916.

OBSERVATION LXV (M. Chaput)

Fibrome. — Hystérectomie totale. — Guérison

H. L..., malade âgée de quarante-six ans.

Entrée pour fibrome du corps de l'utérus et fibrome interstitiel du col avec hypertrophie conoïdale du col.

Opérée le 12 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie (chloroforme).

Laparotomie médiane.

Hystérectomie totale.

Drainage filiforme abdomino vaginal.

Sort guérie le 20 septembre 1916.

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE. — DRAINAGE ABDOMINO-LIGAMENTO-VAGINAL

La cavité du ligament large résultant de l'ablation de la tumeur doit être drainée de préférence par le vagin. Avec la grande pince pelvienne de Chaput, on perfore le vagin et la paroi inférieure de la cavité d'énucléation, en prenant soin de ne pas entrer dans le péritoine autant que possible.

Avec la pince, on ramène le caoutchouc de l'abdomen dans le vagin à travers la cavité d'énucléation, on ferme ensuite l'orifice supérieur du ligament large en ménageant cependant le passage du fil abdomino-ligamento-vaginal.

RÉTROFLEXION

Traitement de la rétroflexion utérine par la transplantation du péritoine anté utérin

(Procédé décrit par M. Chaput en 1894) (1).

Le traitement opératoire de la rétroflexion doit s'exécuter par la voie abdominale qui, seule, permet de vérifier les lésions et les causes de la rétroflexion et d'y apporter le remède qui convient.

L'abdomen ouvert, la main se glisse entre le fond de l'utérus renversé et le rectum et explore les

1. *Bulletin de la Société anatomique*, novembre 1894.

annexes. Si elles sont malades, il faut les enlever ou les traiter conservativement. On détruit les adhérences, on ramène l'utérus en position normale, on le saisit avec une pince en T de Collin, on fait une incision transversale dans le cul-de-sac vésico-utérin et on sépare la vessie de l'utérus et du vagin. On draine alors l'espace pré-utérin avec un caoutchouc plein que l'on fixe à la face cruentée de l'utérus par un point de catgut (drainage plafonnant) et on fait sortir les deux chefs du caoutchouc par l'abdomen. On ramène alors le péritoine vésical en avant du caoutchouc et par-dessus le fond de l'utérus antéfléchi et on le fixe à la face postérieure du fond de la matrice par un point de catgut.

Tel est le drainage abdomino-pré-utérin sous-péritonéal. Ces opérations exigent une hémostase très soigneuse et il est en outre prudent de faire une injection sous-cutanée de sérum de cheval pour assurer l'hémostase, car les malades atteintes de rétroflexion sont particulièrement prédisposées aux hémorragies.

Voici 3 observations de rétroflexion guéries par la transplantation du péritoine.

OBSERVATION LXVI (M. Chaput)

Rétroflexion utérine. — Transplantation du péritoine. — Guérison.

G..., trente-quatre ans.

Entrée pour rétroflexion.

Opérée le 9 décembre 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Antéfixation des annexes et transplantation du péritoine.

Drainage abdominal filiforme.

Sort guérie le 24 janvier 1916.

OBSERVATION LXVII (M. Chaput)

Rétroflexion. — Transplantation du péritoine. — Guérison.

B..., malade âgée de vingt-sept ans.

Entrée pour rétroflexion de l'utérus.

Opérée le 11 janvier 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne et chloroforme final.

Laparotomie médiane.

Transplantation du péritoine.

Drainage préutéro-vaginal.

Sortie guérie le 1er février 1916.

OBSERVATION XXIX (déjà citée, M. Chaput.)

Salpingite et rétroflexion. — Salpingotomie et transplantation du péritoine. — Guérison.

P... C., malade âgée de vingt et un ans.

Entrée pour salpingite et rétroflexion.

Opérée le 8 juin 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie droite longitudinale.

Transplantation du péritoine.

Drainage abdomino-vaginal en cor de chasse.

Sortie guérie le 23 juillet 1916.

HYSTÉROTOMIE OU INCISION UTÉRINE EN T

Notre maître, M. Chaput, pratique cette opération, qui permet une révision complète et à ciel ouvert de la cavité utérine.

Elle est indiquée en cas d'utérus peu volumineux occasionnant des hémorragies récidivantes malgré le curage utérin. Cette opération permet de faire un curage complet des différentes lésions de la muqueuse tels que dégénerescence érectile, petits polypes, adénomes, fibromes sous-muqueux, débris placentaires.

Elle a comme avantage particulier d'éviter l'ablation de l'utérus qui, sans elle, serait indispensable.

Technique de l'incision utérine en T par la voie abdominale. — L'abdomen étant ouvert par la laparotomie médiane, on explore les annexes, puis on saisit le fond de l'utérus avec une pince érigne.

On incise le cul-de-sac vésico-utérin et on décolle la vessie de l'utérus jusqu'à l'extrémité supérieure du vagin.

On incise l'utérus au bistouri sur la ligne médiane en avant jusqu'à la muqueuse et avec les ciseaux on fend sa paroi antérieure dans toute sa longueur jusqu'au vagin inclusivement, ensuite on incise la paroi antérieure du fond de l'utérus transversalement jus-

qu'à l'extrémité des cornes utérines : l'incision de l'utérus a alors la forme d'un T.

On saisit avec des pinces érignes les bords de la plaie utérine et on les éverse en dehors afin de vérifier l'état de la muqueuse utérine.

On fait alors le curage à ciel ouvert et on enlève les productions anormales ; on débride le col avec un bistouri boutonné, et on y introduit un caoutchouc plein qu'on pousse jusque dans le vagin.

On suture la plaie utérine sans intéresser la muqueuse et on ménage en haut le passage du chef supérieur du caoutchouc. On passe ce caoutchouc à travers le péritoine vésical qu'on suture au fond de l'utérus.

On passe aussi un caoutchouc transversalement sous le lambeau vésical et on fait sortir ses deux chefs par la paroi abdominale.

On a ainsi exécuté le drainage *abdomino-utéro-vaginal* et le *drainage abdomino-précervical sous-péritonéal.*

1° Nous avons relevé 4 observations de métrites hémorragiques guéries par l'hystérotomie en T.

OBSERVATION LXVIII (M. Chaput)

Utérus hémorragique fibromateux. — Incision utérine en T. — Guérison.

A... F., âgée de quarante-deux ans.

Entrée pour utérus fibromateux avec hémorragies fréfréquentes.

Opérée le 15 mai par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie.

Incision utérine en T.

Curage.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Sort guérie le 20 juin 1916.

OBSERVATION LXIX (M. Chaput)

Utérus hémorragique. — Hystérotomie — Guérison.

C... C., malade âgée de quarante-cinq ans.

Entrée pour hémorragies utérines avec utérus un peu hypertrophié.

Opérée le 9 mars 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Hystérotomie antérieure et médiane.

Ablation du polype.

Drainage filiforme.

Sortie le 23 mars 1916.

OBSERVATION LXX (M. Chaput)

Métrite hémorragique. — Incision utérine en T. — Guérison.

A... F., malade âgée de trente ans.

Entrée pour utérus fibromateux avec métrite et hémorragies.

Opérée le 16 mai 1916.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Incision utérine en T.

Curage.

Drainage filiforme abdomino-utéro-vaginal.

Sortie guérie le 5 juin 1916.

OBSERVATION LXXI (M. Chaput

Salpingite. — Utérus hypertrophié. — Salpingotomie. Incision utérine en T. — Guérison

Mme F. S., quarante-trois ans.

Est entrée à l'hôpital le 2 août 1916, salle Denonvilliers, pour des *métrorragies* abondantes.

Règles à treize ans. Régulières jusqu'à trente-sept ans et, depuis, irrégulières et douloureuses.

Vers l'âge de quarante et un ans, a été prise de douleurs abdominales violentes, avec irradiations aux lombes et au périnée. État nauséeux avec vomissement.

Depuis, a des pertes de sang, soit dans l'intervalle des règles, soit que les règles se prolongent pendant une quinzaine (ménorragies).

A la palpation, M. Chaput trouve un utérus hypertrophié avec un polype fibreux.

Opération le 10 août 1916 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Incision utérine en T, curage utérin par l'abdomen, abla-

tion du polype. Salpingotomie. Anté fixation tubaire double.

Drainage abdomino-utéro-vaginal.

Drainage antéutérin-sous-péritonéal.

Sortie guérie le 16 octobre 1916.

INCISION UTÉRINE EN T PAR LA VOIE VAGINALE

Cette opération ne peut s'exécuter correctement que si la vulve est très large ; par conséquent, si elle est étroite, il faudra la dilater avec le spéculum de Trélat ou avec de violentes tractions exécutées avec des valves vaginales sur les parois vulvaires ou encore au moyen du débridement vulvaire de Chaput.

La vessie ayant été vidée à la sonde, on place dans le vagin des valves courtes à hystérectomie vaginale. On saisit les deux lèvres du col utérin avec des pinces érignes et on abaisse fortement le col à la vulve.

Avec les ciseaux courbes, on incise le vagin transversalement en avant du col, un peu au dessous du cul-de-sac vaginal antérieur.

On décolle la face antérieure de l'utérus avec une longue valve et avec les ciseaux en rasant de près le muscle utérin jusqu'à ce que l'on entre dans le péritoine.

On place deux pinces érignes sur la lèvre antérieure du col, de chaque côté de la ligne médiane, le plus haut possible, puis, replaçant les pinces érignes plus haut, on abaisse une nouvelle portion de l'utérus.

En renouvelant plusieurs fois cette manœuvre, on arrive bientôt à attirer complètement l'utérus dans le vagin.

On achève la fente médiane jusqu'au fond de l'utérus, puis on fend la cavité utérine transversalement jusqu'à l'extrémité des cornes utérines.

On explore alors la muqueuse, on la curette complètement, on enlève les petits polypes, les fibromes sous-muqueux et on cautérise au thermocautère.

On introduit dans la cavité utérine un caoutchouc en cor de chasse ou une tige en T pleine, et on suture l'incision utérine de haut en bas.

On draine la face antérieure de l'utérus, en fixant par des points de catgut le milieu d'un caoutchouc plein au-dessus de l'incision transversale du T et on ramène les chefs du cordon dans le vagin. On réduit l'utérus dans le péritoine, on introduit une mèche au peroxyde de zinc dans le vagin et on place une onde de Pezzer dans la vessie.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

L'hystérectomie vaginale peut être exécutée par le procédé des pinces ou par celui des ligatures. En gardant les chefs des ligatures très longs, on réalise déjà le drainage filiforme.

Il faut encore y ajouter le drainage du petit bassin avec deux bougies n° 18, coupées et arrêtées avec des épingles au ras de la vulve.

On peut aussi faire le drainage abdomino-vaginal.

On fait une incision de 2 à 3 centimètres au-dessus du pubis, on place la malade en position déclive, on introduit une pince courbe par l'abdomen, puis dans le vagin, et on ramène un drain abdomino-vaginal.

Voici une observation d'utérus prolabé et métritique traité par hystérectomie totale vaginale.

OBSERVATION LXXII (M. Chaput)

Prolapsus utérin volumineux. — Hystérectomie totale vaginale. — Guérison

B..., âgée de cinquante ans.

Entrée pour prolapsus avec utérus volumineux et métrite.

Opérée le 26 mai 1916 par M. Chaput

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Hystérectomie totale vaginale.

Colpotomie. Drainage filiforme debout.

Sortie guérie le 8 juin 1916.

DRAINAGE DES OPÉRATIONS SUR LE TUBE DIGESTIF

APPENDICECTOMIE

L'appendicite aiguë avec abcès exige un drainage soigné du petit bassin, du foyer appendiculaire, de l'espace colo-pariétal externe de l'espace rétro-cæcal et des abcès intrapéritonéaux, la résection de l'épiploon et, dans certains cas, le cloisonnement de la fosse iliaque.

Pour les appendicites suppurées M. Chaput utilise soit une incision verticale dans l'épaisseur du muscle droit, soit l'incision oblique de Roux.

DRAINAGE DU PETIT BASSIN

Le cul-de-sac préutérin sera drainé avec des caoutchoucs en cor de chasse et sortant par l'incision abdominale latérale.

Chez l'homme, le Douglas peut-être drainé par les bougies debout.

Toutes les deux heures le malade se placera pendant quelques minutes en décubitus ventral pour favoriser l'issue du pus.

Chez la femme, on fera le drainage abdomino-

vaginal au moyen de la pince pelvienne ; le chef supérieur du drain sortira par l'incision abdominale qu'elle soit latérale ou médiane.

DRAINAGE DU FOYER APPENDICULAIRE

Ce drainage se fait par un caoutchouc plein ou une simple sonde de Nélaton disposée en cor de chasse.

Si l'appendice est rétro-cæcal on est obligé de décoller le cæcum et de drainer l'espace rétro-cæcal soit avec des drains en cor de chasse plafonnés, soit avec des caoutchoucs qu'on place debout en arrière du cæcum.

DRAINAGE ILÉO-CÆCAL

M. Chaput, dans certains cas, fait le drainage iléo-cæcal qui consiste à traverser le mésentère de l'angle iléo-cæcal avec un drain plein dont les deux chefs sortent par la plaie.

Ce procédé fixe très bien le drain et il est plus simple que le plafonnage.

On draine l'espace colo-pariétal externe avec des drains debout.

L'*épiploon* sera réséqué, car il détermine souvent des étranglements par brides et il peut présenter des abcès dans son épaisseur.

CLOISONNEMENT DE LA FOSSE ILIAQUE

Le cloisonnement de la fosse iliaque est indiqué dans les cas d'énormes abcès de la fosse iliaque.

Il a été décrit par M. Chaput dans *la Revue de Gynécologie, 1908*. M. Chaput suture ensemble la fin de l'intestin grêle, le bord interne du cæcum et le péritoine du bord interne de la fosse iliaque, d'une part, au péritoine de la lèvre interne de l'incision de la paroi, d'autre part. (Cette incision verticale siège dans l'épaisseur du muscle droit), et il draine l'abcès rétro-cæcal avec des drains en cor de chasse ou des lames de caoutchouc.

On peut combiner le cloisonnement et le drainage abdomino-vaginal ; dans ce cas, on fait une incision médiane suspubienne pour établir ce drainage.

Nous publions l'observation d'appendicite aiguë guérie par le drainage filiforme.

OBSERVATION LXXVII (M. Chaput)

Appendicite. — Appendicectomie. — Guérison.

B... C., homme âgé de vingt-cinq ans.

Entré pour appendicite aiguë suppurée.

Opéré le 29 janvier 1916 par M. Chaput.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie latérale.

On trouve un appendice adhérent contenant du pus ; résection de l'appendice.

Drainage filiforme de la région de l'appendice et du Douglas.

Le malade sort guéri le 22 février 1916.

OBSERVATION LXXVIII (M. Chaput)

Appendicite aiguë suppurée. — Appendicectomie et drainage. — Guérison.

L... R., dix-sept ans.

Opération le 15 août 1916 par M. Chaput

Anesthésie au chloroforme.

Incision de Roux.

Ablation de l'appendice. On vide un abcès de a fosse iliaque.

Drainage filiforme en cor de chasse de la fosse iliaque et du bassin.

Le malade sort guéri le 8 septembre.

OBSERVATION LXXIX (M. Chaput)

Fistule appendiculaire. — Drainage et guérison.

Homme âgé de cinquante-huit ans.

A été opéré le 14 août 1915 pour une appendicite.

En octobre, le malade présenta une fistule iliaque avec une fièvre intense, une suppuration très abondante, des décollements remontant jusqu'au-dessus de la crête iliaque et dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

L'épine iliaque est dénudée.

4 décembre. — Le malade est opéré par M. Chaput sous

anesthésie lombaire et drainé de la région lombaire à la paroi abdominale filiformément.

Le malade sort guéri le 28 décembre.

Il a été présenté à la Société de Chirurgie de Paris le 12 janvier 1916.

OBSERVATION LXXX (M. Chaput)

Fistule post-appendiculaire pyostercorale. — Laparotomie. Drainage. — Guérison.

Femme âgée de quarante-cinq ans.

Entrée pour fistule pyostercorale, post-appendiculaire.

Opérée le 13 avril 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne 4 o/o.

Laparotomie latérale exploratrice.

On trouve un abcès rétro-cæcal.

Ouverture de l'abcès et drainage filiforme en cor de chasse de l'abcès.

Le malade sort guéri le 15 mai 1916.

OBSERVATION LXXXI (Personnelle)

Appendicectomie et drainage. — Guérison.

V... C., homme de vingt et un an.

Entré pour appendicite aiguë suppurée.

Opéré le 29 juillet 1916 par M. Schekter.

Anesthésie générale au chloroforme.

Ablation de l'appendice adhérent.

Drainage filiforme, en cor de chasse du foyer appendiculaire et du Douglas.

Le malade sort guéri le 10 août 1916.

DRAINAGE DES OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC ET L'INTESTIN

M. Chaput a observé une certaine proportion de désunions des sutures intestinales, surtout chez les sujets cachectiques ; il pense qu'on peut remédier à cet accident en irritant le péritoine avec une solution forte au chlorure de zinc et au moyen du drainage filiforme.

Technique du drainage rétro-anastomotique dans les anastomoses par implantation

Supposons une iléo-sigmoïdostomie par implantation ; la suture étant achevée, M. Chaput passe derrière la ligne de suture postérieure le milieu d'un caoutchouc plein.

Il ramène les deux chefs en avant et les fait sortir par la paroi abdominale entre deux points de suture et les arrête avec des épingles.

Il n'y a pas besoin de drainer la suture antérieure, comme elle est appliquée contre la paroi, la fistulisation, si elle a lieu, se fera vers l'extérieur.

Le caoutchouc excite la formation des adhérences et assure le drainage au cas où il y aurait désunion.

Le drainage rétro-anastomotique dans l'implantation termino-latérale du grêle

La technique serait analogue pour une implantation termino-latérale du grêle après résection, qui consiste à implanter latéralement le bout supérieur dans l'inférieur.

On passera un caoutchouc en arrière de l'anastomose, comme nous l'avons indiqué plus haut, et on fixera l'orifice terminal du bout inférieur de l'intestin à la paroi, comme soupape de sûreté, pour diminuer la pression intra-intestinale. On fera aussi le *drainage interne de l'anastomose* avec un drain debout qui traversera l'anastomose, plongera dans le bout supérieur et sortira à travers l'orifice du bout inférieur. M. Chaput a constaté plusieurs fois que, dans certains cas, les lignes des anastomoses sont agglutinées par un mucus épais et que cette agglutination empêche la circulation des matières.

Drainage filiforme après établissement de l'anus artificiel

Anus de Maydl. — Pour établir un anus de Maydl ou anus iliaque gauche, on incise l'abdomen, on attire hors du ventre une anse d'intestin, on passe au-dessous une tige rigide, à travers le mésentère, et on panse à plat ; au bout de quarante-huit heures,

on incise l'intestin et on enlève la broche quelques jours plus tard.

Il survient parfois de la suppuration dans l'angle dièdre formé par la peau et la paroi abdominale. Pour éviter ces abcès, on fait une petite incision à 2 centimètres en dehors des extrémités de chaque lèvre cutanée; on introduit une pince par une des incisions, on ramène un fil et on ramène l'autre chef par l'autre incision et le plan du fil vient se placer sous la peau flottante. On noue lâchement les chefs du fil.

Drainage filiforme de la gastro-entérostomie, de la pylorectomie et de la suture circulaire de l'intestin.

M. Chaput conseille la gastro-entérostomie postétieure par voie gastrocolique, après effondrement du ligament gastrocolique.

L'anastomose terminée, il passe un caoutchouc en arrière de l'anastomose et fait sortir ses deux chefs dans l'incision de la paroi.

M. Chaput installe le drainage filiforme de la même manière quand il s'agit de la pylorectomie ou de la suture circulaire de l'intestin.

OBSERVATION LXXXII (M. Chaput)

Cancer du pylore. — Gastro entérostomie. — Guérison.

H... A., homme âgé de cinquante-six ans.
Entré à l'hôpital pour épithélioma du pylore.
Opéré par M. Chaput le 2 juin 1915.
Laparotomie médiane.
Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.
Drainage filiforme rétro-anastomotique.
Le malade sort guéri le 16 juin 1916.

OBSERVATION LXXXIII (M. Chaput)

Rétrécissement du pylore. — Gastro-entérostomie. — Guérison.

O... E., homme âgé de trente-huit ans.
Rétrécissement du pylore.
Opéré le 8 avril 1915 par M. Chaput,
Anesthésie générale au chloroforme.
Laparotomie médiane.
Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.
Drainage filiforme rétro-anastomotique.
Le malade sort guéri le 7 mai 1915.

OBSERVATION LXXXIV (M. Chaput)

Cancer de l'estomac. — Gastro-entérostomie. — Guérison.

D... D., femme âgée de cinquante et un ans.
Entrée pour néoplasme de la région sous-pylorique.

Opérée le 3 mars 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne puis à l'éther.

Laparotomie médiane.

Gastro-entérostomie antérieure.

Drainage filiforme rétro-anastomotique.

La malade sort guérie le 11 avril 1916.

OBSERVATION LXXXV (M. Chaput)

Cancer du Cæcum et de la fin de l'iléon. — Implantation iléo-sigmoïdienne. — Guérison.

P... A., homme âgé de cinquante-deux ans.

Entré pour cancer de la valvule iléo-cæcale et de la terminaison du grêle.

Opéré le 9 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Résection de la tumeur et *anus contre nature*.

Le malade est réopéré le 3 juin 1916.

Anesthésie lombaire à la novocaïne et chloroforme.

M. Chaput lui fait une implantation iléo-sigmoïdienne avec exclusion du bout inférieur, une section du côlon transverse et oblitération des deux bouts pour empêcher le reflux des matières par l'anus artificiel.

Drainage filiforme rétro-anastomotique.

Quelques semaines plus tard on résèque la muqueuse exubérante de l'anus artificiel, on laisse persister l'anus cæcal pour permettre l'évacuation des mucosités de l'anse exclue.

Le malade sort guéri le 3 août 1916.

OBSERVATION LXXXVI (M. Chaput)

Anus de Maydl pour cancer du rectum.

G... C., femme âgée de soixante-huit ans.

Entrée pour épithélioma du rectum avec envahissement de la cloison recto-vaginale.

Opérée le 2 septembre par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Laparotomie latérale gauche.

Anus iliaque de Maydl en deux temps.

Drainage filiforme circulaire.

La malade sort guérie le 30 septembre.

OBSERVATION LXXXVII (M. Chaput)

Anus Maydl pour occlusion chronique. — Guérison.

M... L.J., homme âgé de soixante-dix ans.

Entré pour occlusion chronique.

Opéré le 1er novembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie locale.

Anus de Maydl en deux temps.

Drainage filiforme circulaire.

Le malade sort guéri le 21 novembre.

OBSERVATION LXXXVIII (M. Chaput)

Occlusion intestinale post-appendiculaire.
Implantation iléo-sigmoïdienne. — Guérison.

Mme J... A., femme âgée de vingt-huit ans.

A été opérée à vingt-cinq ans d'une appendicite et rentre à l'hôpital pour de l'occlusion intestinale.

Opérée le 4 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne 4 o/o et locale ; à la fin de l'opération, de l'éther.

Laparotomie médiane.

On trouve une sténose de l'embouchure terminale du grêle par trois brides.

Anastomose iléo-sigmoïdienne par implantation. Bout inférieur fermé en cul-de-sac et fixé à la paroi.

Drainage filiforme rétro-anastomotique.

Sort guérie le 30 juin 1916.

OBSERVATION LXXXIX (M. Chaput)

Occlusion intestinale. — Implantation iléo-sigmoïdienne.
Guérison.

Mme P... M., malade âgée de vingt-six ans.

Entrée pour des signes d'occlusion intestinale.

Opérée le 8 mai 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne 4 o/o.

Laparotomie médiane.

Implantation iléo-sigmoïdienne. Bout inférieur fermé, fixé à la paroi.

Drainage filiforme rétro-anastomotique.

Sort guérie le 8 juin 1916.

OBSERVATION LXXXX (M. Chaput)

Occlusion intestinale par adhérences. — Libération. Guérison.

Mme B... L., âgée de cinquante-six ans.

A été opérée d'une hystérectomie vaginale au mois de mars 1916 et puis, vers le mois de mai, rentre à l'hôpital pour des symptômes d'occlusion.

Elle est opérée le 1er juin 1916 par M. Chaput.

Anesthésie lombaire à la novocaïne 4 o/o.

Laparotomie médiane.

On trouve des coudures et des adhérences recto-sigmoïdiennes.

Libération de l'intestin.

Drainage filiforme abdomino-vaginal.

Guérison. Sortie le 15 juillet 1916.

DRAINAGE FILIFORME APPLIQUÉ AUX HERNIES

M. Chaput conseille le drainage filiforme sous-cutané par les cures de hernies petites ou moyennes. Pour les grosses hernies, il est indispensable de drainer le scrotum avec des drains traversants et déclives.

Dans l'observation XCI, M. Chaput a opéré une énorme hernie du cæcum par glissement.

Il a mobilisé le cæcum par décollement et l'a réduit dans la fosse iliaque, il a fermé le sac par des sutures et il a réuni les lèvres du trajet inguinal au catgut en ménageant le passage d'un caoutchouc en cor de chasse introduit dans la fosse iliaque.

Il a en outre drainé avec un drain plein traversant la cavité scrotale qui était énorme.

OBSERVATION XCI (M. Chaput)

Hernie énorme par glissement du cæcum. — Crise radicale. — Guérison

F... A., homme âgé de cinquante-trois ans. Présente une hernie inguinale volumineuse (comme une tête d'adulte). Opéré le 18 août 1916 par M. Chaput.

C'était une hernie par glissement du cæcum; elle contenait en outre l'intestin grêle un peu adhérent.

Ce mésentère était lipomateux, très volumineux.

Anesthésie par novocaïne lombaire.

Libération de l'intestin grêle et du cæcum.

Réduction de l'intestin, résection du sac périnéal. Fermeture du sac par une série de points séparés.

Suture complète du trajet inguinal.

Ablation du sac. Drainage filiforme en cor de chasse de la fosse iliaque droite filiforme de la plaie et du scrotum.

La cicatrisation est terminée le 30 septembre 1916.

OBSERVATION XCII (Personnelle)

Hernie inguinale volumineuse étranglée. — Guérison

S... S., soixante-quinze ans.

Hernie inguinale étranglée.

Opéré d'urgence le 24 août 1916 par Schekter.

Anesthésie locale.

Kélotomie.

Drainage en cor de chasse en fixant le milieu de l'anse au fond de la plaie très profonde le malade étant très obèse.

Le drainage a fonctionné d'une façon parfaite et le malade sort guéri le 13 septembre 1916.

DRAINAGE FILIFORME DES KYSTES HYDATIQUES

Nous publions deux observations de kyste hydatique, l'un de la rate, l'autre du foie.

Dans le cas du kyste kydatique de la rate très volumineux, M. Chaput fit en avant une petite incision ; il sutura la rate au péritoine pariétal, il ouvrit largement le kyste et l'évacua.

Il fit une ouverture analogue à la région lombaire et fit un drainage traversant aux crins.

Le malade a bien guéri.

Pour les kystes hydatiques du foie *postérieurs* M. Chaput conseille de les aborder par une incision lombaire horizontale permettant le drainage filiforme

debout et déclive de la poche sans intéresser la plèvre.

Pour les kystes antérieurs, il fait une incision abdominale et draine avec les bougies debout. Pour assurer un écoulement régulier du pus il faut mettre le malade sur le ventre pendant quelques minutes, toutes les deux ou trois heures.

OBSERVATION XCIII (M. Chaput)

Kyste hydatique de la rate. — Drainage filiforme et guérison

M. E. S..., homme âgé de trente-huit ans.

Entré pour kyste hydatique suppuré de la rate.

Opéré le 5 mai par M. Chaput.

Drainage traversant antéro-postérieur filiforme.

Le malade sort le 3 juin et vient au pansement deux fois par semaine.

Suppression du fil le 14 septembre 1916.

OBSERVATION XCIV (M. Chaput)

Kyste hydatique biloculaire. — Ablation et drainage. — Guérison

Mme A. M..., vingt-huit ans.

Entrée pour kyste hydatique sous-péritonéal pré-rénal bilobaire avec une poche médiane et une poche lombaire.

Opérée le 13 décembre 1915 par M. Chaput.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation totale du kyste médian, subtotale du kyste lombaire.

Drainage filiforme de la poche traversant l'étendue de l'incision médiane à une contre-ouverture lombaire.

Sortie guérie le 13 janvier.

OBSERVATION XCV

Cholécystite. — Drainage filiforme. — Guérison

Mme G..., femme âgée de soixante ans.

Entrée pour cholécystite calculeuse.

Opérée le 31 janvier 1916 par M. Chaput.

Anesthésie locale.

Drainage filiforme cylindrique debout de la vésicule.

Sortie le 4 mars (guérison).

OBSERVATION XCVI (M. Chaput).

Cholécystite. — Drainage filiforme. — Guérison

F. G..., homme de cinquante-deux ans.

Entre pour cholécystite calculeuse.

Opéré par M. Chaput le 13 juillet 1916.

Anesthésie locale.

Cholécystotomie. On retire un volumineux calcul.

Drainage filiforme avec un gros plomb fusible placé debout.

La fistule est presque fermée le 20 septembre 1916.

OBSERVATION XCVII (M. Chaput)

Cholécystite. — Drainage filiforme. — Guérison

M^me^ T..., femme âgée de soixante-cinq ans.

A présenté des crises très douloureuses, sans tumeur, dans la région vésiculaire.

Opérée par M. Chaput le 12 janvier 1916.

Anesthésie locale.

Ablation de 200 calculs.

Drainage cylindrique avec deux bougies urétrales n° 18.

Guérison le 20 février 1916.

PÉRITONITES

DRAINAGE DE LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Le traitement rationnel et complet de la péritonite généralisée doit assurer le drainage de tous les points déclives ou stagnants et de toutes les fentes où le pus peut séjourner.

Nous donnerons des indications générales théoriques d'un drainage idéal du péritoine, mais étant donné l'état de shock que subit l'individu atteint de péritonite, l'opération devant avant tout être rapide, il n'est guère possible de faire que des drainages partiels et notamment des parties de la cavité péritonéale qui semblent être le point de départ de l'infection péritonéale.

Cependant, toutes les fois que le sujet présentera encore une certaine résistance, il sera indiqué dans toute péritonite généralisée de drainer le Douglas par le vagin chez la femme, par le drainage debout chez l'homme.

On drainera l'arrière-cavité des épiploons avec un drain traversant placé en arrière du côlon transverse (*drainage rétro-colique*).

M. Chaput a constaté dans plusieurs observations

la présence du pus dans l'arrière-cavité des épiploons dans les péritonites généralisées : il pense que ce fait est constant dans les péritonites et qu'on a tort de négliger le drainage de cette cavité.

OBSERVATION XCVIII (M. Chaput)

Péritonite par perforation d'une ulcération pylorique. — Mort.

M... L.-G., homme âgé de trente-neuf ans.

Large perforation du pylore.

Opéré le 17 juillet par M. Chaput.

Anesthésie locale à la novocaïne.

Laparotomie médiane.

Il existe du pus dans l'arrière-cavité des épiploons et dans la grande cavité.

Drainage rétro-colique filiforme.

Drainage abdomino-prérectal.

Tube debout dans le duodénum.

Le malade, qui est entré avec un très mauvais état général, avec un pouls misérable, meurt le soir.

Il faut donc toujours drainer le petit bassin, le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac antéutérin.

Le mésentère forme une cloison oblique en bas et à droite qui divise la cavité abdominale en deux parties, l'une supérieure droite, l'autre inférieure gauche, et il faut drainer aussi bien l'une que l'autre.

Il existe aussi en dehors des côlons ascendant et

descendant une fente colo-pariétale qui réclame un drainage spécial.

Il en est de même pour les espaces sus et sous-hépatiques et pour l'arrière-cavité des épiploons.

Le grand épiploon détermine deux fentes, l'une antérieure épiploo-pariétale ; l'autre postérieure, épiploo-intestinale qu'il importe de supprimer ou de drainer spécialement.

On combinera la laparotomie médiane à deux incisions verticales sur le bord externe des droits ; on drainera le Douglas de la femme, soit avec une bougie debout, soit avec un caoutchouc abdomino-vaginal.

Chez l'homme, on le drainera par des bougies debout.

Le drainage rectal, excellent pour les abcès pelviens cloisonnés, n'est pas à conseiller pour les péritonites généralisées à cause de la pénétration possible des matières dans la séreuse.

On draine le cul-de-sac antéutérin avec un drain en cor de chasse.

On peut faire aussi le drainage abdomino-vaginal transligamentaire traversant la paroi abdominale, le cul-de-sac antéutérin et l'un des ligaments larges d'avant en arrière, puis le Douglas et le vagin.

Pour drainer la loge mésentérique droite, il faut perforer le mésentère de l'angle iléo-cæcal et ramener un caoutchouc qui s'étendra de l'angle iléo-cæcal à la paroi abdominale en traversant le mésentère iléo-cæcal.

Les fentes colo-pariétales peuvent être drainées par des bougies debout, sortant par les incisions verticales latérales de l'abdomen.

Les espaces sus et sous-hépatiques seront drainées avec des bougies debout ; il en est de même de l'arrière-cavité des épiploons, qu'on peut drainer très facilement par une incision sous-ombilicale ; il suffit de tirer en bas l'épiploon, d'amener le côlon transverse, de perforer avec une pince le mésocôlon transverse et l'épiploon gastrocolique et de ramener un drain plein, dont les deux chefs sortiront par la paroi abdominale.

Les fentes pré et rétro-épiploïques seront supprimées par la résection de l'épiploon.

Quant aux cavités situées entre les anses, on peut y placer des lames de caoutchouc larges de 3 centimètres qui sortiront par les plaies pariétales les plus voisines.

Nous répétons que, pratiquement, on fera le drainage rapide du péritoine, et nous décrirons le drainage d'après l'organe infecté ou perforé qui a déterminé l'infection.

PÉRITONITE CONSÉCUTIVE A UNE APPENDICITE AIGUE DRAINAGE RAPIDE

La première indication à remplir, c'est de chercher, de trouver et d'enlever l'appendice par une longue incision sur la fosse iliaque.

Par la même incision on draine le Douglas et le

cul-de-sac anté utérin avec des drains pleins debout.

Il est préférable de faire chez la femme un drainage abdomino-vaginal.

On placera, en outre, des lames de caoutchouc sur le pourtour du cæcum et dans l'espace colo-pariétal droit et on fera l'ablation aussi complète que possible de l'épiploon.

Sur 12 cas opérés dans le service il y a eu 7 morts et 5 guérisons.

OBSERVATION IC (M. Chaput)

Péritonite appendiculaire. — Laparotomie latérale et médiane. — Drainage debout du Douglas. — Guérison

G. C..., homme de trente-huit ans.

Entré pour appendicite gangrenée et perforée avec réaction péritonéale. Opéré le 21 octobre 1915.

Anesthésie générale (chloroforme).

Laparotomie médiane et latérale. On constate un appendice gangrené et perforé avec des calculs dans son intérieur.

L'appendice est enlevé.

Drainage filiforme debout du Douglas.

Le malade sort guéri le 24 décembre 1915.

OBSERVATION C (M. Chaput)

Appendicite avec péritonite. — Laparotomie. Appendicectomie. — Drainage abdomino-vaginal. Guérison

F. P..., vingt-six ans,

Appendicite et péritonite généralisée au début.

Opération 1er novembre 1915.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation de l'appendice.

Drainage abdomino-vaginal.

La malade sort guérie le 7 décembre 1915.

OBSERVATION CI (M. Chaput)

Appendicite. — Salpingite. — Péritonite. — Laparotomie. — Appendicectomie. — Salpingotomie. — Drainage abdomino-vaginal. — Mort.

J. B.... vingt-trois ans.

Appendicite avec péritonite.

Opérée le 19 novembre 1915.

Laparotomie médiane.

Ablation d'un appendice calculeux. On trouve les deux trompes suppurées.

Salpingotomie double.

Drainage abdomino-vaginal.

La malade continue à présenter des symptômes d'infection générale et meurt le 23 novembre.

OBSERVATION CII (M. Chaput)

Appendicite. — Péritonite. — Laparotomie. — Ablation de l'appendice. — Drainage debout du Douglas. — Mort

L. E..., homme de cinquante-cinq ans.

Appendicite et péritonite généralisée Incision iliaque de Roux, le 28 janvier 1916.

Anesthésie lombaire à la novocaïne.

Ablation de l'appendice.

Drainage debout du Douglas. Infection continue et décès le 28 au soir.

OBSERVATION CIII (M. Chaput)

Appendicite. — Péritonite. — Laparotomie latérale. Drainage abdomino-vésical et anté utérin. — Guérison.

Q. J..., vingt ans.

Appendicite et péritonite généralisée.

Opérée le 17 février 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie latérale.

Drainage debout abdomino-vaginal et anté utérin.

La malade sort guérie le 22 mai 1916.

OBSERVATION CIV

Appendicite. — Péritonite. — Laparotomie médiane. — Ablation de l'appendice. — Drainage du Douglas en cor de chasse. — Mort.

C. A..., homme, cinquante-trois ans.

Péritonite généralisée par appendicite aiguë.

Opération le 3 mars 1916.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation d'appendice.

Drainage debout et en cor de chasse.

Infection continuée et mort le 4 mars.

OBSERVATION CV

Appendicite aiguë. — Laparotomie latérale. — Ablation de l'appendice. — Péritonite généralisée consécutive. — Laparotomie médiane. — Drainage abdomino-vaginal et anté utérin en cor. — Mort.

F. R..., âgée de vingt et un ans.

Entrée pour appendicite aiguë.

Opérée d'urgence le 10 avril 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie latérale (Roux),

Ablation de l'appendice.

La malade fait à la suite une péritonite généralisée qui nécessita le 12 avril une laparotomie médiane (chloroforme).

Drainage abdomino-vaginal et antéutérin en cor de chasse.

L'infection continue et la malade succombe le 14 avril.

OBSERVATION CVI (M. Chaput)

Appendicite avec péritonite. — Laparotomie. — Résection de l'épiploon. — Drainage abdomino-vaginal. — Drainage transméso-colique et transmésentérique. —Mort.

C. L..., malade âgée de trente-six ans. On fait le diagostic

d'appendicite avec péritonite purulente généralisée et on l'opère le 8 juillet 1916.

Anesthésie générale (chloroforme).

Laparotomie médiane.

Résection de l'épiploon.

Drainage filiforme abdomino-vaginal. Drainage trans-méso-colique de l'arrière-cavité. Drainage transmésentérique.

Drainage en anse de Douglas.

L'infection continue et la malade succombe le 12 juillet au matin.

OBSERVATION CVII (M. Chaput)

Appendicite. — Salpingite. — Péritonite. — Laparotomie. — Appendicectomie. — Salpingotomie. — Drainage abdomino-vaginal. — Mort.

L. M..., dix-neuf ans.

Péritonite généralisée avec appendicite aiguë et salpingite aiguë droite suppurée.

Opération le 15 août 1915. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation de l'appendice.

Salpingotomie droite.

Drainage du Douglas abdomino-vaginal.

Infection continuée et mort le 16 août 1915.

OBSERVATION CVIII (M. Chaput)

Appendicite. — Péritonite. — Incision de Roux. — Ablation de l'appendice. — Drainage en cor de chasse du Douglas. — Guérison.

L. R..., homme, âgé de quinze ans.

Entre pour appendicite aiguë avec péritonite et fièvre élevée.

Opéré le 15 août.

Incision de Roux.

Ablation de l'appendice.

Évacuation d'une collection purulente.

Drainage en cor de chasse.

Le malade sort guéri en septembre.

OBSERVATION CIX (M. Chaput)

Appendicite gangreneuse. — Salpingite. — Péritonite. — Laparotomie médiane et latérale. — Ablation de l'appendice et de la trompe droite. — Drainage debout du Douglas et de la fosse iliaque droite. — Guérison

F. L..., femme âgée de vingt ans.

Entre la nuit du 29 août avec des symptômes d'appendicite avec réaction péritonéale.

Est opérée le soir même. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane et latérale droite. On trouve un appendice gangrené et une salpingite droite.

Ablation de l'appendice et de la trompe droite.

Drainage debout du cul-de-sac de Douglas et de la fosse iliaque droite.

OBSERVATION CX (M. Chaput)

Appendicite. — Salpingite. — Péritonite. — Ablation de l'appendice. — Salpingotomie droite. — Hystérotomie en T. — Drainage abdomino-vaginal trans-ligamentaire. Mort.

L. J..., femme âgée de vingt-cinq ans.

Entre avec des signes de péritonite généralisée.

Est opérée le 29 août. Anesthésiée au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Ablation de l'appendice malade.

La trompe droite contient du pus se déversant librement dans le péritoine.

Salpingotomie droite. Hystérotomie en T avec transplantation du péritoine antérieur.

Drainage abdomino-vaginal et sous-péritonéal transligamentaire.

Drainage sous-cutané.

L'infection continue et la malade succombe le 2 septembre à 9 heures du soir.

PÉRITONITE CONSÉCUTIVE A UNE SALPINGITE AIGUË

La péritonite consécutive aux salpingites résulte soit d'une propagation par continuité de l'infection,

soit de l'effusion dans le péritoine par l'ostium, soit encore de la rupture de la trompe ou de l'ovaire abcédès.

La première indication consiste à drainer l'organe infecté, la deuxième à drainer le péritoine.

On fait d'abord l'incision cruciale profonde des masses annexielles par l'abdomen.

On laisse l'utérus en place pour ne pas augmenter le shock par la durée de l'opération.

Drainage abdomino-vaginal

Pour exécuter le drainage abdomino-vaginal, on introduit dans le vagin la grande pince trocart courbe — pince pelvienne de Chaput — jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur. On vérifie avec la main gauche enfoncée dans le petit bassin que la pince n'est pas entrée dans l'utérus et abaissant les branches de l'instrument on perfore le cul-de-sac vaginal postérieur.

On saisit avec la pince un caoutchouc plein n° 16 et on le ramène à la vulve. On arrête ses deux extrémités sur l'abdomen et à la vulve avec des épingles doubles.

On passe en outre deux autres caoutchoucs de l'abdomen au vagin en traversant les masses annexielles incisées en croix au préalable ; c'est le *drainage abdomino vaginal transannexiel.*

On draine le cul-de-sac antéutérin avec un caout-

chouc en cor de chasse sortant par l'abdomen et on résèque l'épiploon.

On peut aussi drainer les deux culs-de-sac pelviens avec le drainage abdomino-vaginal transligamentaire.

On place d'abord un drain plein dans le Douglas et dans le vagin, on perfore ensuite un des ligaments larges au centre de sa partie mince et on ramène le chef supérieur du drain abdomino-vaginal d'arrière en avant dans le cul-de-sac antérieur, puis à travers la paroi abdominale.

Nous avons relevé 7 cas de péritonite d'origine annexielle traitée par le drainage plein avec deux morts et cinq guérisons.

OBSERVATION CXI (M. Chaput)

Pyosalpinx et péritonite. — Laparotomie. — Salpingotomie longitudinale. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison.

P... C., femme âgée de trente-neuf ans.

Entre pour pyosalpinx droit ayant dédoublé la cloison recto-vaginale.

15 novembre 1915. — Subit la colpotomie, mais l'état de la malade ne s'améliore pas et continue à faire de la salpingite avec début de péritonite.

La malade est réopérée le 20 novembre.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie. Salpingotomie double. Drainage abdominal et abdomino-vaginal.

La malade sort guérie le 30 décembre.

OBSERVATION CXII (M. Chaput)

Kyste ovarique avec péritonite généralisée. — Ovariotomie. — Drainage abdomino-vaginal et antéutérin. — Guérison.

F... C., femme âgée de trente-quatre ans.

Présente à l'entrée un utérus énorme et mou et l'on perçoit une masse douloureuse dans le Douglas, ressemblant à une salpingite double avec péritonite généralisée. Température élevée à 40 degrés.

Opération le 23 décembre 1915.

Anesthésie générale au chloroforme.

On constate une péritonite purulente.

Ablation d'un kyste de l'ovaire droit pédiculé.

Drainage abdomino-vaginal.

Drainage debout antéutérin.

3 janvier. — On suture la paroi.

La malade sort guérie le 26 janvier 1916.

OBSERVATION CXIII (M. Chaput)

Salpingite avec péritonite généralisée. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison.

P... C., trente-neuf ans.

Salpingite avec péritonite au début.

Opération le 26 novembre 1915.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie.

Salpingotomie double.

Drainage abdominal du Douglas et drainage abdomino-vaginal.

On fait à la malade des bains de lumière à partir du 29 novembre.

Les suites sont excellentes et la malade sort guérie le 30 décembre 1915.

OBSERVATION CXIV (M. Chaput)

Pyosalpinx avec péritonite généralisée. — Laparotomie. — Salpingectomie droite. — Drainage debout du Douglas. — Guérison.

C... M., femme âgée de vingt-deux ans.

Entre pour pyosalpinx avec péritonite généralisée.

Opérée le 29 juin 1916.

Laparotomie.

Salpingectomie droite.

Drainage debout du Douglas.

La malade sort guérie le 16 août 1916.

OBSERVATION CXV (M. Chaput)

Salpingite avec début de péritonite. — Laparotomie. — Salpingotomie. — Drainage abdomino-vaginal et anté-utérin. — Guérison.

F... L., malade âgée de dix-huit ans.

Présente à l'entrée une salpingite gauche avec réaction péritonéale.

Opérée le 22 juillet 1916.

Anesthésie générale au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Salpingotomie bilatérale.

Antéfixation tubaire.

Drainage abdomino-vaginal et antéutérin.

La malade sort guérie le 27 août 1916.

OBSERVATION CXVI (M. Chaput)

Salpingite avec péritonite. — Laparotomie
Salpingotomie. — Drainage abdomino-vaginal. — Mort

B... P., trente ans.

Péritonite et salpingite droite.

Opérée le 5 février 1916.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie.

Salpingotomie cruciale droite.

Résection épiploïque.

Drainage abdomino-vaginal et drainage debout.

L'infection continue et la malade *meurt* le 5 février au soir.

OBSERVATION CXVII (M. Chaput)

Pyosalpinx avec péritonite généralisée. — Salpingotomie
Drainage abdomino-vaginal. — Mort

D... G., vingt-neuf ans.

Opération le 8 octobre 1915.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane.

Castration gauche.
Salpingotomie longitudinale droite.
Drainage abdomino-vaginal.
L'infection continue et la malade meurt le 12 octobre.

DRAINAGE DE LA PÉRITONITE CONSÉCUTIVE A UNE PERFORATION GASTRIQUE PAR ULCÈRE

L'anesthésie locale est particulièrement indiquée sur ces sujets épuisés que guette la mort par l'anesthésie générale.

On fait une laparotomie médiane et, comme il faut aller vite, on passe quatre fils suspenseurs autour de la perforation pour l'extérioriser d'abord et la fixer à la fin de l'opération à la paroi abdominale.

DRAINAGE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ AU DRAINAGE RÉTRO-COLIQUE

On effondre l'épiploon gastro-colique et le mésocôlon transverse avec une pince, on ramène un drain traversant qu'on fait sortir à travers la paroi et qu'on arrête avec des épingles.

On place des bougies debout au-dessous du foie et aussi à sa face supérieure de chaque côté du ligament suspenseur du foie.

Enfin, on draine le Douglas avec des caoutchoucs, debout chez l'homme et aussi chez la femme quand l'état général est précaire. Dans le cas contraire, nous

conseillons le drainage abdomino-vaginal, chez la femme. On resèque le grand épiploon et on le lie.

La paroi abdominale est suturée à points très espacés et les intestins sont maintenus avec des gazes.

On ne peut essayer le drainage complet que sur des malades jeunes, vigoureux, résistants et infectés depuis peu de temps.

PÉRITONITE CONSÉCUTIVE A L'INFECTION PUERPÉRALE

Quand l'infection puerpérale se complique de péritonite, il est indispensable de drainer le péritoine et aussi d'enlever l'utérus s'il est gangréné. On reconnaît la gangrène de l'utérus en l'écouvillonnant par le vagin avec un fragment de gaze qui décélera le cas échéant l'odeur caractéristique de la gangrène.

L'utérus gangréné sera enlevé par la voie vaginale afin de diminuer le shock, on laissera alors les pinces à demeure, et on fera le drainage du péritoine avec une ou deux bougies uréthrales n° 16, placées debout dans le péritoine et arrêtées à la vulve avec des épingles.

Si l'utérus n'est pas gangréné il faut le conserver, le drainer et drainer également le péritoine après avoir cureté soigneusement l'utérus avec une curette mousse ; on le draine avec une bougie uréthrale enfoncée à fond et arrêtée à la vulve avec une épingle, ou mieux avec une tige de caoutchouc en T autostatique de Chaput. On draine aussi le cul-de-sac de

Douglas en pratiquant une colpotomie postérieure et en plaçant des bougies debout dans le péritoine.

Il faut en outre drainer le cul-de-sac préutérin en faisant la colpotomie antérieure jusqu'au péritoine inclus et en plaçant encore des bougies debout dans la séreuse.

CONCLUSIONS

1° Le drainage tubulaire draine mal les liquides coagulables, qu'il n'évacue ni par sa lumière ni par sa surface extérieure ; il est douloureux, il fait saigner les plaies, il expose à l'ulcération de l'intestin et des vaisseaux, il favorise l'infection de la plaie quand il draine insuffisamment ;

2° Le drainage aréolaire, excellent pour l'hémostase, ne peut drainer les liquides coagulables ;

3° Le drainage filiforme draine parfaitement, il ne fait pas saigner les plaies, il n'est pas douloureux, il n'expose pas à l'éventration, il empêche l'entrée des germes dans la plaie. Toutes les fois que c'est possible, il doit être plein, traversant, déclive et large ;

4° Après la plupart des laparotomies pour les affections utéro-annexielles, il est indiqué de pratiquer le drainage plein abdomino-vaginal, en utilisant la pince pelvienne de Chaput ;

5° Dans les hystérectomies subtotales, on évitera les infections provenant du pédicule par le drainage abdomino-cervico-vaginal passant à travers le lambeau péritonéo-vésical fixé sur la tranche cervicale,

quand le Douglas est cruenté on fera en outre le drainage abdomino-vaginal ;

6° Les malades atteintes de salpingite qui désirent conserver leurs annexes peuvent être traitées et guéries par le débridement longitudinal total des trompes (*salpingotomie longitudinale*), l'incision cruciale des abcès des ovaires, le drainage *abdomino-vaginal* et le drainage anté utérin ;

7° L'énucléation des fibromes utérins peut être avantageusement traitée par le drainage plein abdomino-utéro-vaginal ;

8° L'ablation des tumeurs du ligament large sera drainée avec un drain plein *abdomino-ligamento-vaginal* ;

9° Nous conseillons de traiter la rétroflexion par la *transplantation du péritoine*, et le *drainage abdomino-pré-cervical sous-péritonéal* ;

10° En cas d'hémorragies utérines résistant au curage, on peut éviter l'hystérectomie en utilisant l'incision utérine en T suivie de *drainage abdomino-utéro-vaginal* ;

11° En cas d'appendicite compliquée et d'abcès, nous conseillons le drainage plein du Douglas, soit debout, soit abdomino-vaginal, le drainage iléo-cæcal transmésentérique et dans certains cas le cloisonnement de la fosse iliaque de Chaput ;

12° Pour les sutures intestinales nous conseillons le drainage rétro-anastomotique ;

13° Le drainage plein debout ou traversant et

antéro-postérieur est applicable aux kystes et abcès de la rate et du foie ;

14° Nous traitons toutes les péritonites par le drainage plein du Douglas, soit debout (chez l'homme), soit abdomino-vaginal (chez la femme), par le drainage rétro-colique de l'arrière-cavité des épiploons et par l'ablation de l'organe malade quand il est possible et que l'état général du sujet le permet.

Lu et approuvé :
Le président de la thèse
POZZI

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LIARD